WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK GRUDZIEŃ

ROK IX 1938 NUMER 11

Prof. SEYDERHELM, Frankfurt n. M. (Deutsche med. Wochenschrift 1936, Nr. 15), **STRÜMPELL — SEYFARTH i von BERGMANN** (Podręcznik chorób wewnętrznych 1931) i t. d.

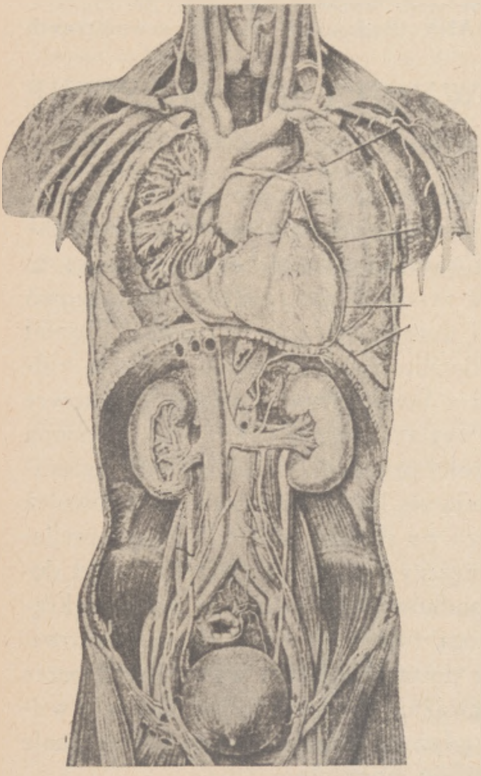
CHOROBY DRÓG MOCZOWYCH I ICH LECZENIE

Zapalenie pęcherza moczowego.

Mocz znajdujący się w zdrowym pęcherzu moczowym jest jałowy. Przeniknięcie drobnoustrojów do pęcherza wywołuje na ogół mniejsze lub większe zaburzenia chorobowe. Najczęstszymi zarazkami chorobotwórczymi są tu laseczniki okrężnicy, które stwierdza się w 70—90% przypadków; stosunkowo rzadziej przyczyną zaburzeń są laseczniki durowe lub paratyfusowe. Czasami znajdujemy również następujące zarazki: Bacillus lactis aerogenes, Proteus vulgaris, gronkowce, paciorkowce, gonokoki i beztlenowce. Proteus, gronkowce i paciorkowce przemieniają mocznik w węglan amonu/$NH_4/_2$ CO_3 i czynią w ten sposób mocz zasadowym. W większości przypadków bakterie nie ograniczają się do zajęcia pęcherza, lecz posuwają się ku górze i wywołują również zapalenie miedniczek nerkowych, zwłaszcza po stronie prawej. Kobiety podlegają tym chorobom znacznie częściej od mężczyzn; odsetek chorych kobiet dochodzi do 66—95% ogólnej liczby przypadków. Zdarza się, że bakterie krążące we krwi i wydalane przez nerki mogą również zakazić drogi moczowe. Laseczniki durowe i gruźlicze oraz pewne postacie zakażeń wywołanych przez laseczniki okrężnicy i ziarenkowce są przeważnie krwiopochodne. Zimno i wilgoć sprzyjają zapaleniu dróg moczowych, gdyż umożliwiają obfite rozmnażanie się bakteryj, które już przeniknęły do narządu moczowego.

W ostrym okresie zapalenia wskazane jest bezwzględnie leżenie w łóżku, stosowanie ciepła, przyjmowanie większych ilości płynów. Potrawy drażniące drogi moczowe, jak alkohol i przyprawy korzenne, są niedozwolone. Dieta powinna być łagodna i lekko strawna. Pożądane jest ograniczenie soli kuchennej lub stosowanie odpowiednich namiastek. Chory powinien mieć codziennie wypróżnienie. Roślinne środki czyszczące lub jeszcze lepiej, lewatywy, umożliwiają dokładne oczyszczenie kiszek. Doskonałym środkiem czyszczącym jest również Istizina (dwuoksyantrachinon). Obfite przyjmowanie płynów oczyszcza pęcherz moczowy i rozcieńcza mocz. Chorzy powinni wypijać dużo zwykłej wody lub naparów z ziółek moczopędnych. W niektórych przypadkach

należy w celu pobudzenia wydalania moczu stężonego i kwaśnego ograniczyć ilość płynów a zwłaszcza zasadowych wód mineralnych; podaje się wówczas Acidol-Pepsinę w dawkach 3 razy dziennie po 2 tabletki. Pożyteczna jest również dieta mleczna, gdyż uśmierza ona zwykle bardzo dobrze zaburzenia miejscowe, wywołane nieżytem pęcherza moczowego. Leczenie farmakologiczne i zmiany diety zakwaszającej i alkalizującej omówimy poniżej w rozdziale o zapaleniu miedniczek nerkowych. Przepłukiwania roztworem Rivanolu 1:2000 działają odkażająco i jednocześnie rozluźniają skurcz mięśniówki pęcherza moczowego i uśmierzają w ten sposób bóle.



Topografia ogólna dróg moczowych.

Dolegliwości w okolicy pęcherza moczowego staramy się złagodzić za pomocą miejscowego stosowania ciepła w postaci elektrycznej poduszki, termoforu i t. d. W przypadkach bardzo silnych bólów i skurczów pęcherza bardzo dobrze działają czopki z belladonny (0,02 do 0,05), papaveryny i Eumydriny. Wreszcie nasiadówki lub całkowite gorące kąpiele również sprawiają chorym znaczną ulgę.

W przewlekłym nieżycie pęcherza moczowego dążymy — podobnie jak w postaciach ostrych — do zakwaszenia i stężenia moczu. W tym celu ograniczamy ilość wód mineralnych i związków alkalizujących i podajemy Acidol-Pepsinę (3 razy dziennie po 2 tabletki), kwas fosforowy (3 razy dziennie po 0,5 g w limoniadzie), dwufosforan sodu (3 razy dziennie po 3,0 g) lub chlorek amonu (3 razy dziennie po 1,0 g). Wreszcie stosuje się również przepłukiwania pęcherza ciepłym roztworem 3%-owego kwasu bornego, 4%-owego kwasu salicylowego lub roztworem nadmanganianu potasu 1:1000. W przypadkach uporczywego ropnego zapalenia pęcherza wskazane jest stosowanie azotanu srebra. Po przepłukaniu pęcherza wlewa się 150 g słabego roztworu $AgNO_3$ (z początku 1:3000, później 1:1000 lub 1:500). Roztwór pozostawia się w pęcherzu w ciągu 2 lub 3 minut, następnie zaś należy go usunąć. Doskonałe wyniki dają również preparaty srebrowe jak Protargol lub Albargina, które są mniej bolesne i mniej drażniące. Heksametylenotetramina skutecznie odkaża mocz, lecz musi poprzednio ulec rozszczepieniu i wytworzyć formaldehyd. Rozszczepienie to odbywa się

jednak tylko przy kwaśnym odczynie moczu. Z powyższego względu stosujemy w przypadkach zapaleń pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, które przebiegają często z zasadowym odczynem moczu, preparaty „zakwaszające“, jak np. Helmitol, który działa również w moczu zasadowym.

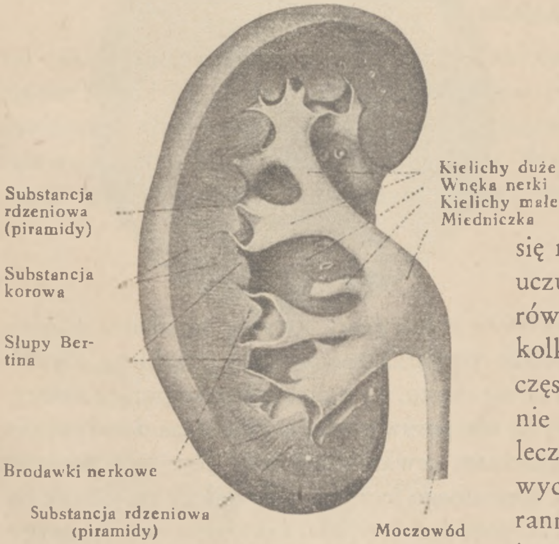
Należy następnie pamiętać, że niektóre uporczywe przypadki zapaleń pęcherza moczowego, wywołane przez zakażenie lasecznikami okrężnicy lub gronkowcami i odporne na wszelkie zwykle stosowane zabiegi lecznicze, reagują znakomicie na działanie Salvarsanu.

Ważnym uzupełnieniem leczenia zakażeń dróg moczowych jest Prontosil, barwnik azowy, który działa w swoisty sposób na paciorkowce, gronkowce i laseczniki okrężnicy. Liczni autorzy opisali już nadzwyczaj pomyślny wpływ Prontosilu na przebieg uporczywych nieżytów pęcherza moczowego.


Ropne zapalenie pęcherza moczowego.

Zapalenie miedniczek nerkowych.

Ostre zapalenie miedniczek nerkowych rozpoczyna się dość gwałtownie z wysoką gorączką, dreszczami i bólami głowy. Objawy miejscowe mogą być bardzo nieznaczne lub nawet nie występować wcale, co utrudnia czasami rozpoznanie. Przeważnie jednak chorzy skarżą się na bóle w okolicy lędźwiowej, na uczucie ciężaru w plecach, a czasami również na dolegliwości zbliżone do kolki nerkowej. Chorzy oddają mocz często i niewielkimi porcjami. Mocz nie koniecznie musi być mętny. W leczeniu zapalenia miedniczek nerkowych bardzo dobre wyniki daje staranne przestrzeganie „dni kwaśnych i zasadowych“. W tym celu po 2



Nerka, miedniczka nerkowa i moczowód

„dniach zasadowych“ lub „dniach płynnych“ zarządza się 2 „dni kwaśne“ lub „dni suche“. Takie kolejne zmienianie należy stosować regularnie przez dłuższy czas. Podczas dni kwaśnych chory przyjmuje heksametylenotetraminę lub Helmitol (3—4 razy dziennie po 1 lub 2 tabletki). Z powodzeniem można stosować tu również wszelkie leki wskazane w zapaleniu pęcherza moczowego. Zapalenia miedniczek nerkowych, nawet wywołane przez zakażenie lasecznikami okrężnicy, często poprawiają się bardzo szybko pod wpływem Prontosilu.

Podczas „dni zasadowych“ podajemy w obfitości płyny alkaliczne a ponadto zalecamy dietę alkalizującą (mleko, jarzyny, owoce, potrawy mączne, cukier); poza tym dla zalkalizowania moczu można podawać 10 do 30 g sody dziennie.

Podczas dni kwaśnych zapisujemy najlepiej chlorek amonu (3 razy dziennie po 1 g); jednocześnie należy ograniczyć ilość płynów. Pożywienie powinno być zakwaszające (mączka owsiana, mięso, ryby). Wskazana jest również Acidol-Pepsina.

Dobrze działa również obfite podawanie płynów (wody mineralne, napar z kwiatu lipowego, ziółka moczopędne i t. d.). W przypadkach przewlekłego zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanego przez laseczniki okrężnicy lub paciorkowce, dobre wyniki dają czasami przepłukiwania miedniczek Albarginą (0,1 — 0,2%) lub Protargolem (0,25%). W zapaleniu miedniczek wywołanym przez laseczniki okrężnicy, wskazane jest ew. zastosowanie własnej szczepionki z laseczników okrężnicy, wyhodowanych z moczu chorego.

W zapaleniu miedniczek u ciężarnych chore muszą pozostawać w łóżku; wskazane jest leżenie przeważnie na stronie lewej, a to dla uniknięcia często spotykanego ucisku prawego moczowodu. Dobre wyniki daje stosowanie na przemian dni zasadowych i kwaśnych. Przy silnych bólach zabiegi miejscowe na okolicę nerek sprawiają zazwyczaj znaczną ulgę (gorące okłady, elektryczna poduszka). Dobrze działają również gorące kąpiele.

Rozpoznanie współudziału nerek w sprawie chorobowej (pyelonephritis) nie jest rzeczą łatwą. Zlepy bakteryj wypełniają często kanaliki nerkowe; wokół ognisk stwierdza się zapalenie i wreszcie dochodzi do wytworzenia się małych ropni. Jednoczesne zapalenie nerek i miedniczek nerkowych może wywołać poważne zaburzenia nerkowe i być nawet przyczyną zejścia śmiertelnego z powodu niedomogi nerek.

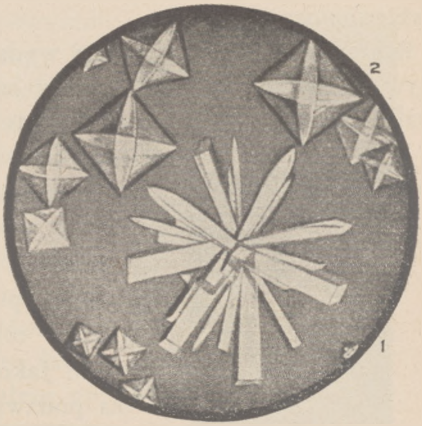
Zapalenie cewki moczowej.

Podobnie, jak zapalenie moczowodów towarzyszy zwykle zapaleniu miedniczek nerkowych, tak znów zapalenie pęcherza moczowego przebiega zwykle z zajęciem cewki moczowej. Zdarza się często, że zakażenie wstępujące zatrzymuje się w cewce moczowej i dalej się nie posuwa. Mamy wówczas do czynienia z ograniczonym, nieswoistym zapaleniem cewki moczowej. Jest to schorzenie na ogół niewinne i nie wymagające specjalnego leczenia. Nie należy go jednak zaniedbywać, gdyż może się ono stać punktem wyjścia zakażenia wstępującego.

Mocz kwaśny



1. Kwaśny moczan sodu (osad ceglasty).
2. Kwas moczowy (kryształy w postaci osełek do ostrzenia).



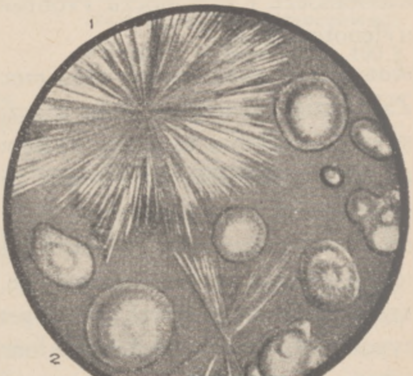
1. Fosforan dwuwapniowy.
2. Szczawian wapnia (kryształy w postaci kopert).

Mocz zasadowy



1. Węglan wapnia (kryształy sferyczne i w postaci hantli).
2. Fosforan amonowo-magnezowy (kryształy w postaci pokrywy od trumny).
3. Kwaśny moczan amonu (kryształy w postaci kulek z kolcami)

Mocz w zatruciu fosforem



1. Tyrozyna.
2. Leucyna.

Częstą przyczyną nieswoistego zapalenia cewki moczowej jest zakażenie trichomonadami, które wywołują upławy pochwowe u kobiet.

Bakteriomocz.

Bakteriomoczem nazywamy wydalanie drobnoustrojów drogą moczu, przy czym schorzenie to przebiega bez jednoczesnych objawów zapalnych. Pomimo braku jakichkolwiek zaburzeń patologicznych, bakteriomocz może doprowadzić do zapalenia miedniczek nerkowych. Bywa również i odwrotnie, że bakteriomocz jest często pozostałością po przebytym zapaleniu miedniczek nerkowych. Jako leczenie wystarcza podawać doustnie 3 razy dziennie po 1 lub 2 tabletki Prontosilu. Prontosil przyjmuje się po jedzeniu, tabletki należy dobrze rozgryźć i obficie popić wodą lub herbatą. Leczenie doustne Prontosilem należy kontynuować jeszcze przez kilka dni po ustąpieniu gorączki. Prontosil wpływa nadzwyczaj pomyślnie również na ropomocz niemowląt i małych dzieci. Gorączka opada zwykle bardzo szybko; jednocześnie poprawia się i stan ogólny. Obecność białka i ropy w moczu może się jednak utrzymywać jeszcze przez pewien czas. W większości przypadków mocz powracał do normy najpóźniej po 12 dniach leczenia Prontosilem. W przypadkach bakteriomoczu i ropomoczu Prontosil działa zwykle znacznie lepiej niż heksametylenotetramina.



Kamień szczawianowy
(Springer)



Kamień fosforanowy
o koncentrycznych słojach
(Springer)

Rokowanie w zakażeniach dróg moczowych.

Zakażenia bakteryjne dróg moczowych są schorzeniem stosunkowo bardzo częstym. Zakażenia te mogą występować w każdym wieku, zarówno u niemowląt jak i u starców. Rokowanie zakażenia dróg moczowych jest na ogół pomyślne, nawet przy gwałtownych objawach początkowych. Ostre zapalenie pęcherza moczowego trwa przeciętnie kilka tygodni. Zapalenia miedniczek nerkowych są zwykle bardziej uporczywe. Wyleczenie całkowite i zupełne zniknięcie bakteryj udaje się osiągnąć, nawet przy najlepszym leczeniu, jedynie w 60—70% przypadków. Przezwyciężenie skłonności do nawrotów wymaga często dłuższego czasu. Ciężkie zakażenia ropne dróg moczowych małych dzieci są schorzeniem poważnym, przy którym śmiertelność waha się od 4 do 20%. Również u starców zakażenia pęcherza moczowego należy zawsze oceniać poważnie.

Kamica nerkowa. Kamienie pęcherzowe.



Kamień z węglanu wapnia (*Springer*)

Zapalenia dróg moczowych sprzyjają powstawaniu kamieni, gdyż resztki nabłonków, śluz, skrzepy śluzu i krwi, zlepy bakteryj tworzą podstawę białkową, na której osadzają się następnie różne złogi moczowe. Związki tworzące jakby rusztowanie kamienia nie zależą wyłącznie od zmian zapalnych. To jądro, niezbędne do wytworzenia kamienia, może powstawać również podczas nadmiernego łuszczenia się nabłonków, jakie obserwujemy w przebiegu zmian zwyradniających, zależnych od niedoboru witaminy A. Mocz zawiera przesycony roztwór licznych związków, łatwo ulegających strąceniu. Do związków tych należą np. moczany, szczawiany, fosforany, wapń, magnezja. W niesprzyjających warunkach związki te wypadają z roztworu i umożliwiają tworzenie się kamieni. Obfite przepłukiwanie nerek ma na celu zwiększenie rozpuszczalności związków, wykazujących szczególną skłonność do wypadania z roztworu.

Dieta w przypadkach kamicy dróg moczowych.

1. Przy kamieniach moczanowych:

Wzbronione:

zawartość kwasu moczowego obliczona w gramach na 100 g

Kakao	6,562 do 7,885
Czekolada	1,214 do 1,785
Wątroba	9,244
Dozwolone tylko jako dodatek:	
Mięso wołowe	0,155
Kaczka	0,152
Pstrągi	0,147
Ozór	0,144
Karp	0,140
Soczewica	0,140
Sola (ryba)	0,140
Szczupak	0,125
Sandacz	0,118
Gołąb	0,115
Dozwolone w małych ilościach:	
Mięso wieprzowe	0,108
Kawior	0,105
Sarna	0,103
Zając	0,100
Cielęcina	0,100
Dozwolone z pewnymi zastrzeżeniami:	
Jajka	0,087
Płaszczka (ryba)	0,084
Ostrygi	0,076
Kurczaki	0,076
Baranina	0,068
Móżdżek cielęcy	0,068
Łosoś	0,063
Szynka	0,063
Homar	0,058
Raki	0,052
Dozwolone:	
Suszony groch	0,047
Suszona fasola	0,044
Łosoś wędzony	0,044
Chleb żytni	0,036
Chleb biały	0,021

Wszystkie ważne pokarmy, nie wymienione w powyższej tablicy, zawierają znacznie mniej kwasu moczowego niż 0,02 g na 100 g, wobec czego można je spożywać bez żadnych ograniczeń. Dieta, mówiąc ogólnie, powinna być mleczno-jarska: mleko, masło, tłuszcze, różne potrawy mączne, jarzyny, owoce.

Oto podstawowe zasady diety chorych, cierpiących na kamienie, składające się z kwasu moczowego:

2. Przy kamieniach szczawianowych:

Potrawy wzbronione jako obfitujące w kwas szczawiowy:

Zawartość kwasu szczawiowego obliczona w gramach na 1000 g

Szczaw	0,6	Brukselka	0,02
Szpinak	3,2	Figi suszone	1,0
Rabarbar	2,4	Porzeczki	0,13
Buraki	0,4	Śliwki	0,11
Kartofle	0,4	Poziomki	0,06
Fasola	0,3	Kakao	4,5
Groszek zielony	0,2	Mocna herbata	3,7
Cykoria ogrodowa	0,1	Czekolada	0,9
Pomidory	0,05	Żelatyna	nieznana
Selery	0,02		

Potrawy dozwolone w ilościach umiarkowanych:

Chleb	0,047	Wątroba	0,006 do 0,011
Mąka	0 do 0,017	Śledziona	0,011
Jabłka	ślady	Mięśnie	ślady
Rzeżucha	ślady	Kawa	0,1
Grasica	0,011 do 0,025		

Pokarmy dozwolone, w których obecność kwasu szczawiowego jest wątpliwa: soczewica, suszony groch, ryż, kapusta, kalafior, świeży groszek zielony, rzepa, szparagi, ogórki, grzyby, cebula, czosnek, sałata, gruszki, morele, brzoskwinie, winogrona, melony. Nie zawierają wcale kwasu szczawiowego: tłuszcze, węglowodany, mleko, jajka, sery.



Kamień fosforanowy z miedniczki
(Volhard, Springer)

Leczenie cystynurii może polegać tylko na znacznym ograniczeniu białka pokarmowego. Leczenie bardzo rzadkich kamieni ksantynowych, zawsze zawierających domieszkę kwasu moczowego, jest zupełnie takie same, jak leczenie kamieni moczanowych. W jeszcze rzadszych przypadkach kamieni składających się z węglanu wapnia, występujących wyłącznie u ludzi przestrzegających ściśle dietę jarską, należy zwiększyć ilość białka pokarmowego oraz dążyć do zakwaszenia moczu.

Pomimo licznych prób i usiłowań zwiększenia warunków rozpuszczalności związków tworzących kamienie, za pomocą stosowania określonych związków chemicznych, zagadnienie to po-



W stanach osłabienia i wyczerpania

Tonophosphan

organiczny preparat fosforowy.

Tonophosphan pobudza w szerokim zakresie całokształt zjawisk przemiany materii, wzmacnia układ nerwowy i wydolność serca, zwiększa apetyt i wagę i przyspiesza ogólne wzmocnienie.

Wstrzykiwania podskórne lub domięśniowe nie wywołują żadnych objawów podrażnienia.

Opakowania oryginalne:

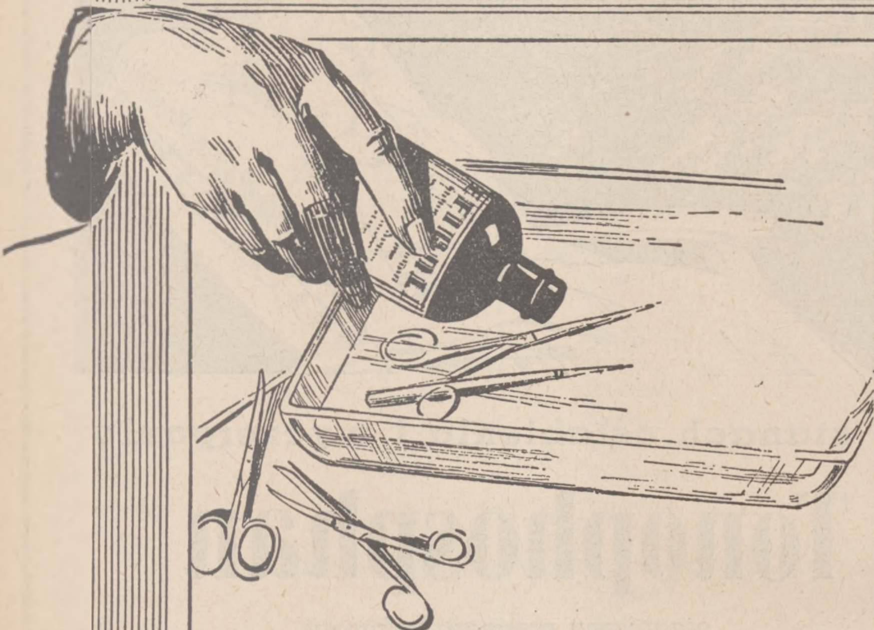
TONOPHOSHAN 1%-owy:

pudełka	po 10 amp.	à 1 cm³	zł.	5.—
„	„ 20 „	à 1 cm³	„	7.50
opak. klin.	„ 100 „	à 1 cm³	„	29.60

TONOPHOSPHAN 2%-owy (fortius):

pudełka	po 10 amp.	à 1 cm³	zł.	5.20
opak. klin.	„ 100 „	à 1 cm³	„	35.75

BAYER



zostaje na razie jeszcze nie rozstrzygnięte. Warunki panujące w organizmie ludzkim różnią się zasadniczo od warunków doświadczalnych in vitro. Bardzo duże znaczenie ma tu więc leczenie objawowe. Zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego, towarzyszące często kamieniom, należy leczyć w zwykły sposób.

W krwawieniach nerkowych należy zalecić choremu bezwzględne pozostawanie w łóżku. Przy przestrzeganiu spokoju nawet silne krwawienia nerkowe ustępują prawie zawsze samoistnie. W przypadkach kamieni uwięźniętych w moczowodach, można, o ile rozmiary ich nie przekraczają wielkości grochu, zastosować zabiegi, mające na celu wydalenie ich drogą naturalną. Udaje się to osiągnąć w 75% przypadków. Chory powstrzymuje się możliwie najdłużej od oddawania moczu i jednocześnie wstrzykuje mu się 1 lub 2 cm^3 Hypophysiny albo Tonephiny. Po wstrzyknięciu tych preparatów często stwierdza się samoistne wydalenie kamienia. Jeżeli kamień mógłby zasadniczo wyjść, lecz stoi temu na przeszkodzie skurcz mięśniówki moczowodu, to możemy z powodzeniem skurcz ten przezwyciężyć za pomocą okołokręgowego wstrzyknięcia Novocainy lub stosowania Novalginy.

Dotkliwe bóle występujące podczas napadów kolki nerkowej można uśmierzyć za pomocą Novalginy (najlepiej dożylnie) lub innych środków przeciwbólowych. Kamienie pęcherzowe pochodzą — przynajmniej w pewnej części — z miedniczek nerkowych. Inne powstają od razu w samym pęcherzu moczowym z tych samych powodów, które umożliwiają tworzenie się kamieni w miedniczkach. Obecność ciał obcych w pęcherzu sprzyja tworzeniu się tam kamieni. Wobec tego, że po usunięciu kamieni drogą zabiegu chirurgicznego należy liczyć się z możliwością nawrotu, wskazane jest w odpowiednich przypadkach postępowanie zapobiegawcze, polegające na piciu znacznej ilości płynów i przyjmowaniu witaminy A (Vogan). Vogan stosuje się w dawkach po 5 kropel dziennie.

Przerost gruczołu krokowego.

Powiększenie gruczołu krokowego występuje przeważnie w wieku starszym. Powiększony gruczoł uciska cewkę moczową i utrudnia oddawanie moczu. Dawniej dla usunięcia tej przeszkody niezbędne było wykonanie zabiegu chirurgicznego. Obecnie w przypadkach stosunkowo jeszcze łagodnych wystarcza często leczenie męskim hormonem płciowym. Systematyczne leczenie, konsekwentnie przeprowadzane w ciągu szeregu tygodni, sprawia w znacznym odsetku przypadków dużą ulgę i może nawet doprowadzić do ustąpienia przeszkody. Rozmiary gruczołu krokowego zmniejszają się i chorzy mogą już oddawać mocz bez żadnych przeszkód. Wczesne rozpoczęcie takiego leczenia hormonalnego pozwala na uniknięcie operacji. Jednakże również w przypadkach leczonych chirurgicznie wskazane jest stosowanie hormonu jądrowego, które wyrównywa ew. zaburzenia następcze i wzmacnia stan ogólny.

TECHNIKA LECZENIA RZEŻĄCZKI ULIRONEM.

(Streszczenie zbiorowe na podstawie prac klinicznych).

Przy leczeniu rzeżączki Ulironem należy ściśle przestrzegać następującej obowiązującej zasady: leczenie Ulironem wolno przeprowadzać jedynie w postaci „uderzeń terapeutycznych". Uderzenie takie trwa 3 — 4 dni (najwyżej 5 dni), poczem zarządza się przerwę conajmniej 6-dniową, a lepiej 8-dniową. Dopiero następnie wolno zarządzić drugie uderzenie i później w razie potrzeby po nowej przerwie — trzecie. Dawka ogólna na jedno uderzenie nie może przekraczać 12 g. Dawki nadmierne i przerwy zbyt krótkie mogą czasami doprowadzić do przykrych objawów ubocznych.

Cel pauzy w leczeniu zostaje osiągnięty jedynie wtedy, gdy przerwa trwa conajmniej 6 dni, gdyż wydalanie Ulironu w moczu kończy się całkowicie, stosunkowo niezależnie od zastosowanej dawki, dopiero w 6 — 7 dni po ostatniej dawce. Ze względu na powyższą okoliczność należy przed rozpoczęciem leczenia Ulironem zawsze upewnić się, czy pacjent nie jest, być może, jeszcze pod wpływem uprzednio z własnej inicjatywy przyjętego Ulironu. Jeżeli po 3 uderzeniach nie osiąga się zniknięcia gonokoków, to należy przejść do innych sposobów leczenia.

Zagadnienie najodpowiedniejszego sposobu leczenia różnych postaci i okresów rzeżączki nie jest przy dzisiejszym stanie wiedzy jeszcze całkowicie wyjaśnione. Pomimo to na podstawie licznych publikowanych już prac i wygłoszonych odczytów możemy tu przedstawić wytyczne postępowania, które daje najpomyślniejsze wyniki lecznicze.

Należy uważać za obowiązującą regułę, aby odpowiednio do powyższych rozważań przy przeprowadzaniu leczenia Ulironem ściśle przestrzegać dawek i przerw między kuracjami, podanych w poniższych wytycznych.

Rozumie się samo przez się, że każdy pacjent leczony Ulironem musi pozostawać pod stałą obserwacją lekarską.

Do stosowania zapobiegawczego Uliron się nie nadaje.

SCHEMAT LECZENIA:

Podczas leczenia Ulironem, jak również podczas poprzedniego leczenia rzeżączki, należy możliwie unikać wszelkich wysiłków fizycznych.

A) RZEŻĄCZKA U MĘŻCZYZN:

I. *Rzeżączka ostra:* Skuteczność leczenia Ulironem *świeżej* rzeżączki (czas trwania choroby do 14 dni) jest na razie jeszcze kwestią sporną. Niektórzy autorzy odradzają używania w tym okresie preparatów chemoterapeutycznych i radzą raczej przeczekać do 12. dnia po zakażeniu, stosując przez ten czas płukania Janeta lub leczenie szczepionkowe (patrz poniżej). Inni natomiast autorzy, i tych jest co raz więcej, radzą również przy ostrej rzeżączce przystąpić

natychmiast do leczenia Ulironem i polecają następujący schemat leczenia: przez 4 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki albo przez 3 dni 4 razy dziennie po 2 tabletki możliwie po jedzeniu (uderzenie Ulironem).

Często już ta pierwsza kuracja doprowadza do zniknięcia gonokoków; pomimo to dla utrwalenia skuteczności pierwszego uderzenia wskazane jest zastosować po 6 — 8 dniowej przerwie drugie uderzenie. Prowokację potrzebną dla stwierdzenia wyleczenia wolno przeprowadzić najwcześniej w kilka dni po zakończeniu drugiego uderzenia (t. zn. mniejwięcej w 12 dni po zakończeniu pierwszego uderzenia, które doprowadziło do zniknięcia gonokoków).

Dla zwiększenia skuteczności leczenia Ulironem bardzo wskazane jest jednoczesne stosowanie przepłukiwań z roztworu nadmanganianu potasu 1 : 10.000 według Janeta. Niektórzy autorzy zalecają również stosowanie bardzo rozcieńczonych roztworów srebra (Albargina 1 : 1000). Mocniejsze roztwory srebra są bezwarunkowo przeciwwskazane.

Jeżeli pierwsze uderzenie Ulironem nie doprowadziło jeszcze do zniknięcia gonokoków, to dla dalszego leczenia najodpowiedniejsze są dwa następujące sposoby postępowania:

a) Po pierwszym bezskutecznym uderzeniu Ulironem zarządza się 6—8dniową przerwę, poczem przeprowadza się drugie uderzenie (przez 4 dni 3 razy dziennie po dwie tabletki albo przez 3 dni 4 razy dziennie po 2 tabletki). Ważne jest, aby zarówno podczas przerwy jak i podczas uderzenia Ulironem stosować wyżej wymienione płukania. W razie potrzeby można po ponownej 6—8 dniowej przerwie zarządzić trzecie uderzenie Ulironem (4 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki albo 3 dni 4 razy dziennie po 2 tabletki).

b) Rozpoczyna się dalsze leczenie od przygotowawczej kuracji szczepionką gonokokową. Według *Schreusa* postępuje się przy tym w następujący sposób:

1. dnia 500 milionów gonokoków domięśniowo,
2. dnia 50 milionów gonokoków dożylnie,
3. dnia 1000 milionów gonokoków domięśniowo,
4. dnia 100 milionów gonokoków dożylnie,
5. dnia 2000 milionów gonokoków domięśniowo,
6. dnia 200 milionów gonokoków dożylnie.

Następnie, t. zn. mniejwięcej w 8. dniu po ukończeniu pierwszego uderzenia Ulironem, rozpoczyna się drugie uderzenie. W przypadkach uporczywych dopiero trzecie uderzenie Ulironem, zastosowane po ponownej kuracji szczepionkowej, sprowadzało wyleczenie.

Na ogół pierwszej prowokacji nie należy przeprowadzać przed upływem 10—12 dni od stwierdzenia zniknięcia gonokoków.

II. *Rzeżączka starsza, podostra i przewlekła* reaguje według dotychczasowych spostrzeżeń lepiej, niż rzeżączka świeża. Również w przypadkach rzeżączki powikłanej zapaleniem najądrza, gruczołu krokowego, zapaleniem stawów itd. daje Uliron nadzwyczaj pomyślne wyniki lecznicze. Rozpoczynamy tu kurację od uderzenia Ulironem w ten sposób, że przez 4 dni podajemy 3 razy dziennie

po 2 tabletki (albo przez 3 dni 4 razy dziennie po 2 tabletki). Jeżeli po tym pierwszym uderzeniu Ulironem badanie na gonokoki daje jeszcze wynik dodatni, to po 6 — 8-dniowej przerwie przeprowadzamy drugie leczenie (przez 4 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki albo przez 3 dni 4 razy dziennie po 2 tabletki). Jak to wynika z licznych spostrzeżeń klinicznych, druga kuracja doprowadza w większości przypadków tego rodzaju do ostatecznego wyleczenia.

W przypadkach odpornych można po 6 — 8-dniowej przerwie zastosować z powodzeniem trzecią 3—lub 4-dniową kurację Ulironem.

W przewlekłej rzeżączce, odpornej na działanie Ulironu i wykazującej skłonność do nawrotów, liczni autorzy zalecają w przerwach przeprowadzanie leczenia szczepionkowego (patrz A, I b).

Wskazane jest, aby przy rzeżączce mężczyzn stosować podczas leczenia Ulironem i w przerwach płukania Janeta z roztworu nadmanganianu potasu 1 : 10.000 (w poszczególnych przypadkach stosowano również roztwory 1:5000 i 1 : 20.000) albo z roztworu Albarginy 1 : 1000.

B) RZEŻĄCZKA U KOBIET:

I. Rzeżączka ostra: Wobec tego, że materiał ostrych przypadków rzeżączki u kobiet jest bardzo mały, należy dotychczasowe spostrzeżenia uważać za nie wystarczające dla ustalenia wytycznych leczenia.

II. *Rzeżączka starsza:* Rzeżączkę tę leczymy 4-dniowymi uderzeniami Ulironu (3 razy dziennie po 2 tabletki), przy czym bardzo często już pierwsze uderzenie daje pożądany wynik leczniczy. Dla utrwalenia poprawy osiągniętej pod wpływem pierwszego uderzenia Ulironem, wzgl. dla dalszego leczenia w razie bezskuteczności pierwszego uderzenia, przeprowadza się po 6—8-dniowej przerwie drugie uderzenie Ulironem (przez 4 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki). W razie potrzeby można po ponownej 6 — 8-dniowej pauzie zastosować jeszcze trzecie uderzenie Ulironem.

W sprawie terminu prowokacji należy uwzględniać wskazówki podane w rozdziale „Rzeżączka u mężczyzn" (I b).

Pacjentom wychudzonym lub słabowitym należy podawać dawki mniejsze.

Bardzo skuteczne okazało się działanie lecznicze Ulironu również w przypadkach rzeżączki podczas ciąży i po porodzie. Ma to szczególnie duże znaczenie zwłaszcza z tego względu, że w przypadkach tego rodzaju zwykłe leczenie miejscowe jest przez długi czas przeciwwskazane.

C) VULVOVAGINITIS INFANTUM:

Dzieciom podaje się przez 3 dni 6 razy dziennie po 1/2 tabletki; w razie niepowodzenia powtarza się kurację po 8 — 10 dniach.

W SPRAWIE TOLERANCJI ULIRONU.

Przy stosowaniu odpowiednich dawek tolerancja Ulironu jest w większości przypadków dobra. Przy przestrzeganiu obowiązujących przepisów postępowania (leczenie okresowe z przerwami) objawy uboczne, jak wysypki skórne, podrażnienie przewodu pokarmowego, silne bóle głowy, sinica zdarzają się rzadko; zaburzenia te występują częściej w przypadkach zbyt długiego podawania preparatu lub zbyt krótkich przerw między kuracjami. W razie wystąpienia objawów złej tolerancji ogólnej należy oczywiście stosowanie Ulironu natychmiast przerwać. Przypadki takie nie nadają się do leczenia Ulironem i dalszych prób stosowania preparatu należy zaniechać.

Nadmiernie długie, a zwłaszcza stałe (bez przerwy) podawanie Ulironu w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami może doprowadzić do wystąpienia objawów neurytycznych, głównie nerwu strzałkowego (n. peroneus) i nerwu piszczelowego (n. tibialis). Zaburzenia te rozpoczynają się często od mniejszej lub większej sztywności (ew. bolesności) mięśni podudzia.

Jeżeli objawy tego rodzaju występują czasami w ramach dozwolonego dawkowania, to po natychmiastowym odstawieniu preparatu znikają one w ciągu kilku dni. Tacy nadwrażliwi pacjenci nie nadają się również do leczenia Ulironem.

Zwracamy tu z całym naciskiem uwagę, że przy leczeniu *bez pauz* albo przy leczeniu z przerwami zbyt krótkimi, występowały stany zapalne nerwów (bolesne niedowłady), które wymagały następnie uciążliwego i długotrwałego leczenia (wstrzykiwaniami Betaxiny, autohemoterapią, zabiegami fizykalnymi).

Z powyższych względów nigdy nie wolno zaniedbywać dokładnego przestrzegania obowiązujących przepisów dawkowania.

Dr W. BITTNER, Tachau (Czechosłowacja).

STOSOWANIE CAMPOLONU JAKO ŚRODKA DODATKOWEGO W LECZENIU BŁONICY.

(Referat według Arch. Kinderheilk. 1937, tom 112).

Autor jako pierwszy zastosował w ciężkiej błonicy, niezależnie od surowicy, jeszcze dodatkowe wstrzykiwania Campolonu. Wyniki okazały się nadzwyczaj pomyślne. Jako przykłady skuteczności takiego kombinowanego leczenia autor przytacza w streszczeniu 7 historii chorób:

1. Walter Z., 14 lat, błonica gardła, znaczna duszność, stan ogólny ciężki. 20.000 jednostek swoistej surowicy Behringa. Wieczorem gorączka 37,7°. Stan ogólny bez zmian. Wobec braku poprawy również następnego dnia — 10 cm³ Campolonu. Już po kilku godzinach chory czuje się znacznie lepiej, osłabienie mniejsze. Dla utrwalenia osiągniętej poprawy, następnego dnia ponownie 10 cm³ Campolonu. W 6. dniu choroby gardło nie wykazuje już żadnych zmian chorobowych; uczucie niewielkiego osłabienia, poza tym pacjent czuje się bardzo dobrze. (Chory wykazywał ponadto objawy kiły wrodzonej).

2. Alfred G., 11 lat, ciężka błonica. 20.000 jednostek surowicy i 10 cm^3 Campolonu. Szybka przedmiotowa i podmiotowa poprawa stanu ogólnego. W 3. dniu naloty ustąpiły już bez śladu.

3. Konrad J., 14 lat, ciężka błonica, 20.000 jednostek surowicy. Niespokojna noc. Stan bez zmiany. Wobec braku poprawy nad ranem 10 cm^3 Campolonu. Spadek gorączki i szybka poprawa ogólna.

4. Helena H., 10 lat, ciężka błonica, stałe pogarszanie się stanu ogólnego. 6.000 jednostek surowicy. Znaczne osłabienie. Przy przyjęciu do szpitala w 24 godziny po wstrzyknięciu surowicy ponowne wstrzyknięcie 10.000 jednostek surowicy. Pomimo to pogorszenie, w związku z tym w 8 godzin po surowicy 10 cm^3 Campolonu. Już po 2—3 godzinach wyraźna poprawa. W 3. dniu choroby błony oddzieliły się.

5. Edeltraud St., 7 lat, błonica. 10 cm^3 Campolonu. Pomimo wyraźnej poprawy po 6 godzinach 10.000 jednostek surowicy. Następnego dnia znowu 10 cm^3 Campolonu i w 3. dniu jeszcze 2,5 cm^3. Szybkie ustąpienie wszystkich objawów chorobowych.

6. Kurt R., 4 lata, ciężka błonica gardła. 5.000 jednostek surowicy. Stan bardzo poważny. O godz. 8. wieczór 6 cm^3 Campolonu domięśniowo. Po 3—4 godzinach wszystkie objawy ustępują. Ponownie 6 cm^3 Campolonu. W 3. dniu choroby stan bez zmian. Na życzenie matki Campolonu nie wstrzyknięto. Następnego dnia 37^0. Błony zaczynają się oddzielać, stan dobry. W porze obiadowej nagle gwałtowna zmiana, senność, wyczerpanie, trupia bladość, zimny pot, zimne kończyny. Stan bardzo niepokojący. 6 cm^3 Campolonu. Po kilku godzinach dziecko znowu żywe i wesołe jak poprzednio. W 7. dniu pokrzywka na całym ciele, w moczu cukier. Pod wpływem posypki salicylowej swędzenie nazajutrz ustępuje. Ponowne badanie moczu obecności cukru już nie wykazało.

7. Jerzy W., 3 lata, ciężka błonica. 5.000 jednostek surowicy i 6 cm^3 Campolonu. Szybka poprawa, spadek gorączki, ustąpienie wszystkich objawów chorobowych.

Lekarz, który leczy błonicę nie tylko obowiązującymi wstrzykiwaniami surowicy, lecz również Campolonem, może przy każdym pogorszeniu ponownie zastosować Campolon. Pomimo wstrzykiwania wielkich dawek Campolonu, ani u dorosłych, ani u dzieci nie występują żadne objawy przedawkowania. Leczenie kombinowane surowicą i Campolonem sprowadza zwykle szybszą poprawę niż surowica sama. Wprowadzenie Campolonu do lecznictwa błonicy nie zmniejsza bynajmniej znaczenia surowicy, gdyż dopiero połączenie surowicy z Campolonem umożliwia osiągnięcie tak pomyślnych wyników leczniczych. Prawdopodobnie zmieszanie surowicy z Campolonem albo też stosowanie niezależnie od surowicy domięśniowych wstrzykiwań Campolonu zwiększa siły obronne organizmu wzgl. wzmaga wytwarzanie przeciwciał zarówno przy czynnym jak i przy biernym uodpornianiu.

Campolon przeciwdziała również, jak się zdaje, porażeniom pobłoniczym. Autor obserwował dziecko dotknięte ciężką błonicą. W szpitalu zastosowano tylko surowicę. Dziecko wypisało się bez objawów chorobowych, jednakże po pewnym czasie przywieziono je z powrotem z powodu ciężkich porażeń pobłoniczych. Zastosowano wstrzykiwania Campolonu i zabiegi fizykalne. Objawy porażenne ustąpiły znacznie prędzej niż zwykle.

Dr B. GALLOWITSCH, Szpital Elżbietanek w Gracu.

LECZENIE ARSENOWEGO ZAPALENIA WIELONERWOWEGO.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 29).

Autor opisuje przypadek arsenowego zapalenia nerwowego, pomyślnie leczony witaminą B_1 (Betaxiną). Sprawa dotyczyła 55-letniej kobiety, którą z powodu łuszczycy leczono długi czas wielkimi dawkami arsenu. Wreszcie wystąpiły zaburzenia charakterystyczne dla arsenowego zapalenia wielonerwowego.

Choroba rozpoczęła się na początku grudnia 1936. Pierwszymi objawami były nieżyt spojówek, ucisk w okolicy serca oraz ogólne osłabienie. W połowie grudnia wystąpiły bóle przy łykaniu, utrata czucia na języku, arsenowe zapalenie śluzówki jamy ustnej i półpasiec od 6. do 8. nerwu międzyżebrowego, przeważnie po stronie prawej. Chora skarży się na dokuczliwe ciągnące bóle w rękach i nogach. Z powodu utraty czucia i sztywności 1. i 3. palców obu rąk chorą trzeba było karmić. Pacjentka nie może ani chodzić ani stać. Odruchy na kończynach górnych są wzmożone, odruchów rzepkowych i ze ścięgna Achillesa nie stwierdza się. Na rękach przeczulica, na nogach — hipestezja.

Chora otrzymała 30 domięśniowych zastrzyków Betaxiny (po 1 cm^3 dziennie). Już po pierwszych 6—7 wstrzyknięciach bóle zmniejszyły się wyraźnie. Ruchomość palców zwiększała się z dnia na dzień, tak że po tygodniu chora mogła już sama jeść. Po 11. wstrzyknięciu Betaxiny pacjentka przy lekkim oparciu o pielęgniarkę i pomagając sobie laską może już chodzić po pokoju. Nerwobóle, stan ogólny, apetyt i sen poprawiły się znacznie. Po 15. wstrzyknięciu chora mogła już bardzo dobrze chodzić, opierając się tylko o laskę i była w stanie nawet wchodzić na 4—5 schodków.

W dalszym przebiegu zaburzenia czuciowe języka i palców ustąpiły zupełnie. Po ostatnim wstrzyknięciu Betaxiny stwierdzono, że w toku leczenia waga chorej zwiększyła się o 9 kg. Pacjentka może już chodzić bez laski. Odruchy rzepkowe i Achillesa są już obecne lecz jeszcze bardzo słabe. Mięśnie wzmocniły się znacznie, obwód nogi w łydce powiększył się o 2 cm, w środku uda — o 3,5 cm. Dolegliwości podmiotowe ustąpiły zupełnie. Czynność kiszek podczas leczenia Betaxiną była dobra. Po zakończeniu kuracji ustąpiły również i objawy łuszczycy.

Prof. dr M. BÜRGER, Bonn (referat według Erg. inn. Med. tom 34).
Prof. dr HORSTERS (Podstawy diagnostyki klinicznej 1936) i inni.

GOSPODARKA CHOLESTERYNOWA U CZŁOWIEKA.

Cholesteryna znajduje się prawie we wszystkich komórkach ustroju zwierzęcego. Ludzie i zwierzęta mogą ją syntetyzować. Gospodarka cholesterynowa nie jest więc uzależniona od dowozu zewnętrznego. Mieszane pożywienie dobowe ludzi dorosłych zawiera przeciętnie 0,2 do 0,36 g cholesteryny, która wchłania się częściowo za pomocą lipazy kiszkowej. Nadmiar jej u człowieka wydala się szybko przez wątrobę i kiszki. Występowanie cholesteryny w osadzie moczowym należy do rzadkości. Woreczek żółciowy człowieka zawiera 1,6 do 2,6‰ cholesteryny. Skóra zdrowego człowieka wydala przez łuszczenie oraz wydzielanie potu i łoju około 0,1 — 0,2 g cholesteryny dziennie. Stosunek cholesteryny do porostu włosów jest problematyczny. Rozkład

większej ilości cholesteryny w ustroju wydaje się mało prawdopodobny. Nawet podczas głodu cholesteryna nie ulega żadnym przemianom. Narządowa gospodarka cholesterynowa u ludzi zdrowych nie została jeszcze ostatecznie zbadana i wyjaśniona. Wiadomo tylko, że w cholesterynowej przemianie materii ważny udział przyjmuje wątroba, w której odbywa się przemiana cholesteryny w izoallocholesterynę a następnie w kwasy żółciowe.

Białe ciałka krwi zawierają w 1000 g — 4,8 g cholesteryny, ciałka czerwone — mniej (badania wykonano u chorego na białaczkę). Według *Bürgera* normalna zawartość cholesteryny w surowicy wynosi 1,1 do 1,5 g w 1000 g. 30% cholesteryny we krwi znajduje się w stanie wolnym, 70% stanowią estry cholesterynowe. Stosunek ten ma zawsze duże znaczenie dla stanu czynnościowego wątroby. Podczas ciąży zawartość cholesteryny w surowicy aż do 8. miesiąca stale się zwiększa, w 9. nieznacznie opada, po porodzie zmniejsza się szybko i następnie w ciągu 2 — 3 miesięcy powraca do normy.

W nerkach i wątrobie człowieka znajduje się cholesteryna przeważnie w postaci niezwiązanej i wynosi 1,5 wzgl. 1,0 — 1,4% suchej substancji; najwięcej cholesteryny ze wszystkich narządów zawierają nadnercza, a mianowicie prawie 20%.

Jad kobry, jad ropuchy, anafilatoksyna i pewne toksyny bakteryjne tracą w obecności wolnej cholesteryny swe własności trujące. Cholesteryna wiąże jady hemolityczne i unieszkodliwia działanie trujące chlorku baru, wodanu chloralu, apomorfiny i t. d. (przez adsorbcję). Przerwanie dopływu żółci do kiszek zwiększa zawartość cholesteryny we krwi; ten wzrost cholesterynemii ma jednak pewną granicę, gdyż z biegiem czasu zdolność ustroju syntetyzowania cholesteryny stopniowo słabnie i nadmiar cholesteryny ze krwi zostaje odłożony w tkance tłuszczowej. W granicach patologicznych zwiększa się zwykle tylko zawartość wolnej cholesteryny w surowicy lub w osoczu. Przy długotrwałej żółtaczce np. poziom estrów cholesterynowych w porównaniu z poziomem wolnej cholesteryny stale się obniża. W przypadkach marskości wątroby nie dochodzi nigdy do hipercholesterynemii pokarmowej wskutek zaburzeń w wchłanianiu tłuszczów. Wszystkie schorzenia wątroby z żółtaczką i utrudnieniem odpływu żółci prowadzą do hipercholesterynemii retencyjnej, której nie stwierdza się natomiast w żółtaczce hemolitycznej. W zapaleniu nerek najwyższy poziom cholesteryny we krwi przebiega równolegle do największego natężenia białkomoczu. Hipercholesterynemia jest również stałym objawem nefrozy (do 1000 mg %). Zwiększenie zawartości cholesteryny w surowicy krwi w rzucawce porodowej nie zostało jeszcze ostatecznie wyjaśnione. Być może, że jest ono fizjologicznym objawem ciąży, a być może, że zależy również od uszkodzenia wątroby. Również cukrzyca, dna i stwardnienie tętnic przebiegają z hipercholesterynemią.

Hipocholesterynemia — norma wynosi 160 — 180 mg % — występuje o wiele rzadziej. Stwierdza się ją czasami w niedokrwistości złośliwej, raku, gruźlicy i w przewlekłym niedożywieniu. Przeprowadzenie dokładnego bilansu

cholesterynowego jest rzeczą trudną. Znaczenie niewchłoniętej cholesteryny pokarmowej, niewchłoniętej ponownie cholesteryny żółciowej i steryn bakteryjnych w ogólnej gospodarce cholesterynowej nie zostało jeszcze dokładnie zbadane.

Między stwardnieniem tętnic i hipercholesterynemią nie ma żadnej wyraźnej zależności wzajemnej. Odkładanie się złogów cholesteryny w ścianie tętnicy głównej w wieku starszym jest skutkiem, lecz nie przyczyną ateromatozy. Również karmienie dużymi dawkami cholesteryny nie wywołuje nadciśnienia, choroby zaś przebiegające ze znaczną hipercholesterynemią, jak nerczyca, cukrzyca, żółtaczka, wykazują raczej skłonność do niskiego ciśnienia. Wspomniane powyżej wahania w zawartości cholesteryny we krwi podczas gorączki w chorobach zakaźnych, a zwłaszcza znaczne podniesienie się poziomu cholesterynemii w okresie rekonwalescencji, znajdują się być może w pewnym związku ze zjawiskami uodpornienia i wytwarzania przeciwciał. Działanie ochronne przeciw toksynom i t. d. jest właściwe, jak się zdaje, tylko wolnej cholesterynie. Z powyższego względu uważa się, że niektóre środki lecznicze, które zwiększają zawartość cholesteryny we krwi, mogą wywierać również pewien wpływ na odporność organizmu.

POZIOM CHOLESTERYNY WE KRWI

ZWIĘKSZAJĄ:

ADRENALINA: *Benhamon* i *Gille;* Cp. rd. Soc. Biol. 1931, tom 107, str. 1546.

PROLAN: *Reiss* i *Langendorf;* Endokrinologie, 1929, tom 3, str. 161.

FOLLIKULINA: *Kaufmann* i *Mühlbock;* Klin. Wschr. 1931, str. 696, *Mori* i *Reiss,* Endokrinology 1928, tom 1, str. 418.

TESTIKULINA: *Bühler* i *Ronenhoff;* Z. exp. Med. 1937, tom 101.

WYCIĄGI WĄTROBOWE: *Gebhardt* i *Klein;* Klin. Wschr. 1933, str. 494.

WITAMINA A (VOGAN): *Jusatz;* Klin. Wschr. 1934, Nr. 3, str. 95 *Lasch;* Klin. Wschr. 1934, Nr. 43, str. 1543, *Collazo* i in., Klin. Wschr. 1934, Nr. 47, str. 1678.

WITAMINA D (VIGANTOL): *Lasch;* Klin. Wschr. 1928, Nr. 45, str. 2148, *Behrendt* i *Berberich;* Münch. med. Wschr. 1928, Nr. 50, str. 2134.

OBNIŻAJĄ:

INSULINA: *Neumark,* Cp. rd. Soc. Biol. 1930, tom 104 str. 1123.

Chamberlain; J. Physiol. 1930, tom 70, str. 441. *Mauriac;* Cp. rd. Soc. Biol. 1931, tom 108, str. 54. *Lundermann;* J. Clin. Invest. 1932, tom 11, str. 1261.

HORMON KORY NADNERCZY: *Bauer* i *Butt;* Z. klin. Med. 1932, tom 122, str. 601. *Lange:* Th. Gwt. 1937, Nr. 4.

WYCIĄGI ŚLEDZIONOWE: *Oda,* (Ok. Ig. Zas. 1932); cyt. *Laquer:* Hormony, 1934, str. 336.

WAZOPRESSYNA: *Leyton*; Brit. med. Journ. 1936, Nr. 3959.

TYROKSYNA: *Fenz;* Wien. med. Wschr. 1937, Nr. 5 str. 129. *Fenz* i *Zell:* Z. exp. Med. 1937, tom 102.

PROMINAL: *Fenz,* Wien. Arch. inn. Med. 1937.

Dr H. MOLDENSCHARDT, Szpital Powiatowy w Wernigerode.

TORANTIL, PREPARAT WYTWORZONY ZE ŚLUZÓWKI KISZEK.

(Referat według Med. Klin. 1936, Nr. 5).

Autor stosował leczenie Torantilem w dolegliwościach żołądkowych, związanych z owrzodzeniami żołądka lub dwunastnicy oraz w przypadkach nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. Tolerancja Torantilu było doskonała i ani podawanie doustne, ani wstrzykiwania domięśniowe nie wywoływały żadnych objawów ubocznych, charakteru anafilaktycznego. Szereg chorych, dotkniętych znaczną nadkwaśnością soku żołądkowego, leczono za pomocą Torantilu w drażetkach; żadnych innych środków poza tym nie podawano. Po 8 — 10 dniach kwasota obniżała się przeciętnie o 50% i jednocześnie ustępowały dolegliwości żołądkowe. Szczególnie pomyślnie reagowały na Torantil bóle zależne od owrzodzeń a zwłaszcza od wrzodu dwunastnicy. Autor opisuje chorego, u którego badanie rentgenowskie wykazało wielką niszę na podłożu owrzodzenia umiejscowionego w pobliżu wpustu; po przeprowadzeniu kuracji metodą *Leubego* i po leczeniu Torantilem (ogółem 12 wstrzykiwań), dolegliwości chorego ustąpiły zupełnie; rentgenologicznie nie można już było wykryć żadnych śladów owrzodzenia. Doskonałe wyniki dawało następnie stosowanie Torantilu u chorych z nadmiernym wydzielaniem soku żołądkowego. Torantil wpływa pomyślnie nie tylko na owrzodzenia w górnym odcinku przewodu pokarmowego, lecz również na wrzodziejące zapalenie kiszek grubych (Colitis ulcerosa). Największy efekt leczniczy osiągnął autor za pomocą Torantilu w pewnym przypadku ciężkiej marskości wątroby z mocną żółtaczką o ciemno-zielonkawym zabarwieniu. Pod wpływem codziennych domięśniowych wstrzykiwań Torantilu, w dawce po 2 cm^3, stan ogólny zaczął się szybko poprawiać. Żółtaczka zmniejszyła się wyraźnie już po kilku dniach. Również i inni autorzy obserwowali poszczególne przypadki takiego pomyślnego wpływu Torantilu na marskość wątroby.

W ostatnich latach autor stosował Torantil również w przypadkach wyprysku pochodzenia łojotokowego i charakteru pyodermicznego. W pewnym przypadku bardzo rozległej, moknącej i silnie swędzącej egzemy, nastąpiło po 17 wstrzyknięciach Torantilu ustąpienie objawów skórnych. Rumień wilgotny (Erythema madidans) dziecka, strasznie zniekształconego i wyczerpanego dokuczliwym swędzeniem, zareagował doskonale na doustne leczenie Torantilem.

Niektórzy autorzy osiągali pomyślne wyniki przy leczeniu dychawicy oskrzelowej za pomocą jednoczesnego stosowania Torantilu i Voganu. Własne wyniki autora nie były jednolite; niektórzy chorzy nie reagowali wcale na to leczenie, inni natomiast donosili, że Torantil w znacznym stopniu łagodził duszność oraz pogłębiał i ułatwiał oddech. Jedna pacjentka, cierpiąca na ciężkie napady astmatyczne, poprawiła się wyraźnie po leczeniu Torantilem; po za-

przestaniu kuracji stan jej znowu się pogorszył i dopiero wznowienie stosowania Torantilu (w drażetkach) sprawiło jej ponownie znaczną ulgę.

Egzema prymulkowa szybko ustępuje pod wpływem Torantilu. Pewna chora, cierpiąca na zawroty i bóle głowy, szum w uszach, częste kwaśne odbijania i palenie, przyjmowała początkowo przez 14 dni chininę i papaverynę; leczenie to pozostało jednak zupełnie bez wpływu na przebieg choroby; objawy były tak burzliwe, że przypominały zespół Mènièra. Po 5 wstrzyknięciach Torantilu wszystkie zaburzenia ustąpiły zupełnie. — Młoda dziewczyna cierpi na silne dolegliwości żołądkowe: uczucie pełności, bóle po jedzeniu, brak apetytu; waga ciała zmniejszyła się znacznie. Od czasu zastosowania Torantilu pacjentka znosi doskonale wszelkie pokarmy i nie odczuwa żadnych dolegliwości. Torantil pomógł doskonale również pewnemu choremu, cierpiącemu na obrzęk Quinckego, który zależał prawdopodobnie od zaburzeń trawienia. W przypadku choroby posurowiczej dziecka, chorego na błonicę, autor odniósł wrażenie, że wstrzyknięcie Torantilu znacznie przyspieszyło ustąpienie wysypki.

Na ogół autor stosował następujące dawkowanie: 3 razy dziennie po 1 drażetce; dawka ogólna zależnie od wyniku wynosiła 30 — 40 drażetek i jedynie w przypadkach wyjątkowych dochodziła do 60. Czasami po przyjęciu 20 drażetek zarządzano krótką przerwę. Wstrzykiwania stosowano przeważnie co drugi dzień, jedna kuracja składała się najwyżej z 10 — 12 wstrzykiwań.

Prof. H. HORSTERS, Szpital Miejski. Berlin-Weissensee.

LECZENIE MARSKOŚCI WĄTROBY.

(Referat według Med. Klin. 1936, Nr. 50).

Leczenie dietetyczne marskości wątroby wymaga zasadniczo pożywienia obfitującego w węglowodany, ograniczenia zawartości białka w pokarmach (1/2 — 3/4 g pro kg), unikania jadów hepatotropowych (grzyby, sery) i owoców strączkowych oraz bezwzględnego zakazu wszelkich napojów alkoholowych. Czynniki szkodliwe, prowadzące do wytworzenia się marskości, mogą przenikać do wątroby drogą żyły wrotnej, tętnic wątrobowych, przewodów żółciowych, albo też są związane z gospodarką hormonalną (np. w chorobie Basedowa).

Oprócz alkoholu i własnych jadów ustrojowych pewną rolę w powstawaniu przewlekle toksycznego uszkodzenia wątroby odgrywają również ołów, rtęć, a być może także i miedź. Jeżeli podłożem przewlekłego zapalenia jest kiła lub gruźlica, to przy stosowaniu metali ciężkich, jako swoistych środków leczniczych, wskazana jest wielka ostrożność. Dotyczy to również złota, które czasami może jednak wpłynąć korzystnie na obostrzenia zapalne, występujące okresowo w przewlekłym przebiegu marskości.

Groch, fasola i soczewica są pożywieniem nieodpowiednim i to nie tylko ze względu na ich własności wzdymające. Kalafior, szparagi, kwaśną kapustę, rzeżuchę należy zaliczyć do potraw niedozwolonych. Natomiast zupy z ziela i strączków od fasoli pobudzają wydzielanie trzustki. Wyciągi mięsne, rosoły, sosy oraz potrawy pieczone i kiełbasy, jako zawierające dużo związków wyciągowych, są wzbronione. Tłuszcze dozwolone są tylko w postaci emulgowanej, czyli w postaci mleka lub masła. Jednocześnie należy podawać żółć z kwasami żółciowymi i ograniczać ilość soli kuchennej do najwyżej 3 — 4 g na dobę. Z rozważań powyższych wynika, że podstawą diety dla chorych dotkniętych cierpieniami wątroby są przede wszystkim węglowodany.

Spośród zabiegów farmakologicznych autor zaleca następujące:

1. Dla poprawienia diurezy — mocznik; dawka dobowa 20 g zwiększa ilość oddawanego moczu, zwłaszcza w przypadkach puchliny brzusznej. Również galaktoza (60 g w 100 cm^3 herbaty) zwiększa wydalanie wody przez nerki. Wzmożenie diurezy odciąża wątrobę od jadów kiszkowych, urobilinogenu, wody i soli. Po wypuszczeniu płynu z jamy otrzewnowej w przypadkach puchliny, należy brzuch mocno ścisnąć. Przed zabiegiem należy wzmocnić serce za pomocą strofantyny i glukozy. W dalszym toku leczenia dążymy do zwiększania diurezy za pomocą Salyrganu (dootrzewnowo) lub kwasu dehydrocholowego (dożylnie).

2. Dla pobudzenia czynności kiszek: siarczan magnezu i aloesowe środki czyszczące; w okresie wczesnym również łagodne solne środki czyszczące, jak np. sól karsbadzka. Codzienne wysokie, chłodne lewatywy o ciepłocie około 18^0 (temperatura pokojowa) oczyszczają kiszki i pobudzają czynność przewodu pokarmowego i układu dróg żółciowych.

3. Dla odtruwania stosuje się ostatnio z pomyślnymi wynikami Torantil — środek obdarzony własnością wiązania histaminy i zobojętniania szkodliwych jadów kiszkowych. Węgiel zwierzęcy zawodzi tu zupełnie, natomiast witamina A oraz wyciągi z drożdży (witamina B_2) przyczyniają się do pewnego stopnia do odtruwania kiszek.

4. Dla zwalczania wzdęć: najlepiej usuwa gazy Festal (zaczyny trzustkowe + hemicellulaza) lub inne preparaty tego rodzaju, przy jednoczesnym zakładaniu co pewien czas rurki do odbytnicy.

5. Dla pobudzenia czynności wątroby: glukoza, fosforany. Podskórne wstrzykiwania insuliny (5 do 20 jednostek dziennie) sprzyjają odkładaniu się glikogenu w wątrobie. W przypadkach jeszcze umiarkowanej marskości wątroby udaje się czasami osiągnąć pomyślne wyniki lecznicze za pomocą łagodnego drażnienia komórek wątrobowych przez podawanie 150 g surowej wątroby cielęcej dziennie albo przez domięśniowe wstrzykiwania Campolonu. Następnie można stosować również kwas dehydrocholowy i pochodne choliny albo chemicznie do choliny zbliżoną betainę z czerwonej boćwiny, będącej starym leczniczym środkiem ludowym, marchew, napar ze strączków od fasoli i drożdże (witamina B_2). Pomyślny wpływ na regenerację chorej wątroby wywiera rów-

nież pobudzanie miejscowego przekrwienia. Ciepłe i wilgotne kompresy na okolicę wątroby, przy jednoczesnym podawaniu gorącej wody karlsbadzkiej ze źródła Mühlbrunn lub gorącej mieszaniny wody selterskiej ze sztuczną wodą karlsbadzką, dają często doskonałe wyniki lecznicze. Również wstrzykiwania kwasu dehydrocholowego zwiększają ukrwienie wątroby. Bóle, zależne od napięcia rozciągniętej otoczki wątrobowej w przypadkach marskości przerostowej, uśmierzają bańki lub pijawki (w okolicy wątroby). W przypadkach zwykłej żółtaczki nieżytowej (Icterus simplex) i nawet w żółtaczce ciężkiej (Icterus gravis) oraz w lekkim zaniku wątroby lub w marskościach przerostowych (np. marskość tłuszczowa) dobrze działają małe dawki choliny (pochodna acetylocholiny). W marskości zanikowej codzienne podawanie 2 — 4 żółtek jaj naczczo może na pewien czas powstrzymać postępowanie choroby. W przerostowej marskości tłuszczowej bezwarunkowo wskazane jest dłuższe leczenie choliną lub lecytyną. W stanach zapalnych podajemy cholinę w postaci żółtka jaj.

6. Dla uśmierzania swędzenia zależnego od zatrzymywania w ustroju jadów kiszkowych: bromek magnezu w 30%-owym roztworze doustnie.

7. Dla tamowania krwawień cholemicznych: Manetol (preparat rdzenia kręgowego), spokój, pęcherz z lodem, dożylne wstrzykiwania 10%-owgeo roztworu soli kuchennej.

Dr E. KNAPP, Stuttgart.

DZIAŁANIE BETAXINY W PRZYPADKU POBŁONICZEGO PORAŻENIA PRZEPONY.

(Referat według Kinderärztl. Prax. 1937, Nr. 5).

Autor opisuje historię choroby 47-letniego pacjenta, który zachorował na ciężką błonicę. Sprawy chorobowej początkowo nie rozpoznano właściwie i uważano, że pacjent cierpi na „gorączkową anginę". Dopiero w 11 dniu choroby zastosowano surowicę błoniczą (10,000 jednostek antytoksycznych). Naloty błonicze szybko ustąpiły. Zastoinowy nieżyt oskrzeli (z rozedmą) leczono naparstnicą. Znaczny białkomocz poprawił się pod wpływem odpowiedniej diety. Wobec tego, że chory był podczas wojny ranny w nerkę, trudno tu było rozstrzygnąć, czy istniejący białkomocz (wzgl. zapalenie nerek) zależał do pewnego stopnia również od dawnej rany postrzałowej. Ogólny stan chorego poprawił się znacznie; trzykrotne badanie rozmazu z gardła nie wykazało obecności laseczników błoniczych; na tej podstawie pacjenta wypisano z kliniki pediatrycznej w Stuttgarcie. Chory pozostawał jednak nadal pod obserwacją autora. W 36. dniu choroby doszło do porażenia podniebienia miękkiego i zaburzeń krążeniowych, tak że trzeba było zastosować środki nasercowe. W 43. dniu nastąpiła zapaść, którą udało się jednak przezwyciężyć za pomocą środków krążeniowych. Jednocześnie rozwinął się obraz choroby Pseudotabes postdiphte-

rica. W 49. dniu cała prawa połowa ciała i lewa ręka były porażone; w 62. dniu stwierdzono objawy bardzo ciężkiego porażenia krążenia. Stan chorego stawał się coraz groźniejszy. Oprócz porażenia chory skarżył się na kłujące bóle w porażonych częściach ciała. Ponadto badanie wykazało obrzmienia stawów dłoni i stóp i znaczne utrudnienie połykania (porażenie nerwu zwrotnego). Często wysłuchiwało się tylko 1 ton serca. W 75. dniu choroby dołączyło się jeszcze odoskrzelowe zapalenie płuc i porażenie zwieraczy pęcherza moczowego i odbytnicy. Wobec tego, że ten beznadziejny obraz wykazywał pewne podobieństwo do beri-beri, autor postanowił spróbować Betaxinę. Pomimo to po wstrzyknięciu 1 cm^3 Betaxiny wystąpiło jeszcze porażenie przepony. Duszność chorego ciągle się zwiększała. Środki nasercowe nie sprawiały żadnej ulgi. Zastosowano jeszcze 2 wstrzyknięcia po 2 cm^3 Betaxiny. Po kilku godzinach duszność nagle zmniejszyła się, chory mógł już łatwiej oddychać. W dalszym ciągu wstrzykiwano 2 razy dziennie po 1 cm^3 Betaxiny. Poprawa postępowała szybko. Chory mógł już bez wielkiego trudu połykać pożywienie. Następnie autor spróbował zastąpić Betaxinę preparatem drożdży, jednakże już po 3 dniach stan chorego znowu pogorszył się gwałtownie. Wstrzyknięto wówczas natychmiast 2 cm^3 Betaxiny, po których ponownie nastąpiła szybka poprawa. Chory otrzymywał codziennie początkowo po 2 cm^3 a potem po 1 cm^3 Betaxiny. W ostatniej więc chwili Betaxina uratowała poważnie zagrożone życie. W przypadku tym trzeba było stosować wstrzykiwania, gdyż zaburzenia żołądkowe i kiszkowe utrudniały prawdopodobnie wchłanianie witaminy B_1 (z preparatu drożdżowego). Z tego bardzo ciężkiego i niebezpiecznego stanu pozostało jedynie nieznaczne mrowienie w rękach i nogach. — W pewnym przypadku porażenia pobłoniczego u 3-letniego dziecka również i doustne podawanie witaminy B_1 w postaci drożdży wyraźnie poprawiło stan małego pacjenta.

Dr W. VIETS, Frankfurt n. M.

W SPRAWIE LECZENIA GORĄCZKI SIENNEJ.

(Referat według Fortschr. d. Therap. 1936, Nr. 7).

Autor leczy gorączkę sienną Voganem (witaminą A) i Campolonem (wyciąg z wątroby). Vogan podawano rano po pierwszym śniadaniu w dawce 12.000 jednostek międzynarodowych. Następnie w ciągu dnia, jeżeli występowały objawy gorączki siennej, chorzy otrzymywali jeszcze 1 lub 2 drażetki. Naogół pojedyncza dawka chroniła pacjenta na 4—5 godzin. Campolon wstrzykiwano tylko w tych przypadkach, w których działanie Voganu było niedostateczne.

Autor leczył dotychczas powyższą metodą 11 pacjentów wykazujących objawy nadwrażliwości w stosunku do pyłków roślinnych. W 10 przypadkach leczenie Voganem (i Campolonem) dało wyniki pomyślne, 1 przypadek okazał się odporny.

Autor omawia następnie 4 historie choroby obrazujące ogólny przebieg leczenia:

1. Chora lat 37. Początek leczenia 18. maja: 2 drażetki Voganu doustnie i 2 cm^3 Campolonu domięśniowo. Dolegliwości ustąpiły po 2 godzinach. 19. maja: pacjentka jeździ na rowerze przez kwitnące pola i łąki i napadów nie dostaje. 20. maja: stan dobry, jedynie oczy rano trochę sklejone. Leczenie: 2 drażetki Voganu. 21. maja: napad, kichanie, drapanie w gardle, oczy sklejone. 22. maja: 2 drażetki Voganu + 2 cm^3 Campolonu domięśniowo. Natychmiastowe ustąpienie dolegliwości. 23. maja: ½ godzinny napad. 24. maja: pacjentka czuje się dobrze. 26. maja: Vogan + Campolon jak powyżej. Do 1. czerwca stan dobry. 1. czerwca: napad, wobec czego wstrzyknięto 2 cm^3 Campolonu. Od tego czasu dolegliwości już się wcale nie powtarzały.

2. Chora lat 33. Początek leczenia 18. maja: Vogan + Campolon jak w przypadku Nr. 1. 19. maja jedzie na rowerze przez okolicę kwitnących pól i nie odczuwa żadnych dolegliwości. 20. maja: palenie oczu. 21. maja: 3 drażetki Voganu. 23. maja: 3 drażetki Voganu + 2 cm^3 Campolonu. Od 25. maja stan dobry, potem wieczorem łzawienie i kichanie. 26. maja: 2 cm^3 Campolonu.

3 .Chora lat 35. Od 20 lat cierpi na gorączkę sienną. Po pierwszym wstrzyknięciu Campolonu złagodzenie dolegliwości, wieczorem silny napad astmy oskrzelowej. Przez szereg następnych dni czuje się dobrze. Po 3 dniach jeszcze raz 3 drażetki Voganu.

4. Dr. V. (spostrzeżenia na sobie samym): pobyt w okręgu myśliwskim; kwitnące pola i łąki zbożowe. Swędzenie w nosie, łzawienie, kichanie. Leczenie: 2 drażetki Voganu. Ustąpienie dolegliwości na 4 godziny, pomimo że wiatr wiał od strony pól. Pozostało jedynie uczucie nieznacznego ciężaru powiek.

Następnie autor przeprowadził na sobie następujące doświadczenie: 2 drażetki Voganu. Jazda otwartym autem drogą otoczoną polami. Występuje palenie powiek. Przed samochód autora skierowano naumyślnie inne auto, aby wytworzyło większy kurz. Natychmiast silne swędzenie, łzawienie, kichanie. Wstrzyknięcie 2 cm^3 Campolonu. Po 30 minutach wszystkie te dolegliwości ustąpiły, tak że autor mógł polować bez przeszkód.

Dr NAUJOKS, Dyrektor kliniki ginekologicznej w Kilonii.

NOWOCZESNE METODY WALKI Z RAKIEM MACICY.

(Referat według Medizinische Welt, Nr. 39 — 1936).

Próby walki z rakiem datują się już od bardzo dawnych czasów. W walce tej stosowano już liczne i różnorodne metody zapobiegawcze i lecznicze. Aż do końca ubiegłego wieku czynność lekarza w walce z rakiem polegała przeważnie na operowaniu chorych, którzy się zgłaszali z prośbą o poradę i u których rozpoznawano raka. Operacja była wówczas jedynym środkiem, który dawał pewną nadzieję zwyciężenia choroby. Wyniki osiągane za pomocą operacji, która nie polegała zresztą wówczas jeszcze na zabiegach dostatecznie radykalnych, były na ogół bardzo skromne. Pośród raków macicy, które obserwowano w klinice, zaledwie czwarta lub trzecia część nadawała się do operacji; ponadto spośród tej stosunkowo niewielkiej liczby operowanych wyleczenie udawało się osiągnąć najwyżej w 30% przypadków. Ilość przypadków raka macicy, które nie zgłaszały się do szpitala i pozostawały w związku z tym nierozpoznane, trudno określić z dostateczną dokładnością.

Ważnym postępem w walce z rakiem było wprowadzenie metod zabiegów radykalnych, które dawały wyniki znacznie lepsze. Dalszym cennym odkryciem było zastosowanie radu dla lecznictwa raka. Napromienianie guzów rakowych

radem święciło w licznych przypadkach istotne tryumfy. Z biegiem czasu rywalizacja, która wytworzyła się między tymi dwoma sposobami leczenia raka — leczeniem operacyjnym i leczeniem energią promienistą — zamieniła się w harmonijną współpracę, która umożliwiła dalszą poprawę ostatecznych wyników leczniczych. W ostatnich latach odsetek powodzeń był już tak znaczny, że osiągnięcie tą drogą wyników jeszcze lepszych, wydaje się obecnie mało prawdopodobne.

Tymczasem w rzeczywistości, nawet jeszcze dzisiaj więcej niż połowa kobiet dotkniętych rakiem narządów płciowych, ginie przedwcześnie, pomimo tych nowoczesnych metod leczenia. Przyczyna tego smutnego stanu rzeczy polega nie na niepowodzeniach zabiegów leczniczych, lecz szukać jej należy przede wszystkim w okoliczności, że kobiety zgłaszają się zbyt późno do leczenia (wskutek błędu własnego lub błędów innych osób).

Pierwsze próby umożliwienia wczesnego rozpoznawania raka macicy drogą odpowiedniego pouczania kobiet przeprowadził prof. *Winter*. *Winter* rozpoczął swą działalność w tym kierunku już w r. 1890. Jako dyrektor wielkiej kliniki ginekologicznej Uniwersytetu w Berlinie *Winter* miał sposobność stwierdzenia, że znaczna ilość kobiet (prawie 2/3), dotkniętych rakiem macicy, zgłaszała się zbyt późno, aby można jeszcze było wdrożyć czynne postępowanie lecznicze. W tych niepomyślnych warunkach nie mogło już być mowy o nowoczesnym energicznym i radykalnym leczeniu, które daje w odpowiednich przypadkach tak doskonałe wyniki. *Winter* zajął się wówczas systematycznym badaniem przyczyn, z powodu których chore kobiety zgłaszają się tak późno po poradę i stwierdził, że głównymi przyczynami są: fałszywy wstyd, nierozpoznanie lub zaniedbanie sprawy przez lekarzy, a czasami również niepomyślny wpływ pewnych osób, których chore radziły się, jak mają postępować. Poznawszy najważniejsze i najczęstsze przyczyny zbyt późnego zgłaszania się pacjentek, które miało tak fatalny wpływ na dalszy ich los i pogarszało możliwe zasadniczo do osiągnięcia wyniki lecznicze raka, *Winter* przystąpił do walki z tym zaniedbaniem.

Planowo przeprowadzane uświadamianie kobiet o wielkim znaczeniu wczesnego zasięgania porady lekarskiej, oraz odpowiednie pouczanie ogółu lekarzy, dało w krótkim czasie znakomite wyniki. Odnośne swe spostrzeżenia przeprowadził *Winter* w Prusach Wschodnich (1904). Odsetek przypadków raka nadającego się do operacji zwiększył się znacznie. Jednocześnie ilość chorych, zgłaszających się zbyt późno, stale się zmniejszała. Lekarze-praktycy postępowali przeważnie w sposób ostrożny i przewidujący, chore zaś okazywały się bardzo rozsądne.

Często stwierdza się, że kobiety, pomimo natychmiastowego zwrócenia się do lekarza i bezpośredniego skierowania do wykonania zabiegu operacyjnego, jednak przybywają do kliniki w stanie, który już się do zabiegu nie nadaje. Spostrzeżenia tego rodzaju dowodzą, że w pewnym odsetku przypadków rak

rozwija się, nie dając żadnych objawów, któreby zwróciły uwagę chorej; z chwilą wystąpienia podejrzanych dolegliwości już jest za późno i sprawa chorobowa do operacji się nie nadaje. W tych warunkach, pomimo wszelkich sposobów uświadamiania kobiet, pomimo zabiegów chirurgicznych i naświetlań radem, skuteczne leczenie okazuje się już niemożliwe, gdyż choroba nie została w porę rozpoznana. Otóż okazuje się, że nawet w takich trudnych przypadkach wczesne rozpoznawanie jest zasadniczo możliwe. Stosowanie przyrządu optyczno-mechanicznego *(Hinselmanna)* pozwala na rozpoznanie zmian miejscowych jeszcze zupełnie nieszkodliwych i nie dających na razie żadnych objawów, lecz wykazujących skłonność do przetworzenia się następnie w raka. Możliwość rozpoznawania sprawy chorobowej już w tym pierwszym okresie, oznaczałaby wielki postęp w walce z rakiem, gdy potrzebny w tym okresie zabieg jest niewielki i nie związany z żadnym niebezpieczeństwem. Odnośne badania naukowe stanowią ważny krok naprzód i mogą mieć duże znaczenie praktyczne. Chwilowo jednak nadzieje, jakie te badania wzbudziły z punktu widzenia leczenia raka, częściowo zawiodły, gdyż takie wczesne rozpoznawanie początkowych zmian natrafia w praktyce na znaczne trudności.

Należy sobie uświadomić, że badanie raz na rok jest nie wystarczające. *Kaboth* i *Traude* oraz *Liepelt* wykazali, że w pewnych warunkach rak już w ciągu trzech lub czterech miesięcy dochodzi do granicy możliwości interwencji chirurgicznej lub może nawet tę granicę przekroczyć.

Stoeckel, Esch, Schröder i szereg innych autorów wykazali, że wyniki ostateczne operacji raka macicy zależą w znacznym stopniu od zorganizowania odpowiedniej opieki nad chorymi po zakończeniu leczenia klinicznego. Kobietom, które przeszły tak ciężką kurację, należy umożliwić zupełny wypoczynek i dobre warunki bytu, któreby sprzyjały ostatecznemu wyleczeniu. W klinice chore nie mogą pozostawać przez dłuższy czas, gdyż kliniki nie posiadają dostatecznej ilości miejsc ani potrzebnych urządzeń. Również w domu chore po operacji nie znajdują dostatecznego spokoju. Niezbędne tu jest umieszczenie takich chorych w specjalnych domach wypoczynkowych, utrzymywanych z funduszów społecznych.

Metoda *Wintera* walki z rakiem narządów płciowych, polegająca na odpowiednim pouczaniu kobiet i właściwym kształceniu lekarzy, wykazała w ciągu 30 lat swą wielką wartość praktyczną. Stosunkowo niepomyślne wyniki dotychczasowej walki z rakiem zależą przeważnie nie od szybkiego wzrostu pewnych przypadków raka, nie od trudnych do rozpoznania stanów bezobjawowych lub okresów utajenia klinicznego, lecz przede wszystkim od zbyt późnego zgłaszania się pacjentek. Winę ponoszą tu albo same chore, albo ci, do których zgłaszają się one po poradę. Ograniczenie liczby tych przypadków będzie oznaczało wielki postęp. Dla osiągnięcia tego celu należy przeprowadzać na wielką skalę bardzo energiczną propagandę w postaci nowoczesnej lecz odpowiadającej zasadniczo podstawowym regułom *Wintera.*

Dr M. ERTL, Szpital Powiatowy w Gracu.

LECZENIE POOPERACYJNEGO PORAŻENIA KISZEK I PĘCHERZA ESMODILEM Z SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM PORAŻENIA PĘCHERZA PO ZNIECZULENIU LĘDŹWIOWYM.

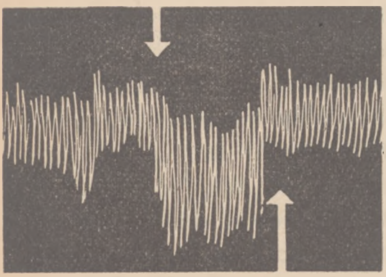
(Referat według Med. Klin. 1938, Nr. 2).

Materiał obserwacyjny autora składa się ze 140 przypadków pooperacyjnego porażenia pęcherza moczowego lub kiszek. Chorych wyleczono wstrzykiwaniami Esmodilu, który pobudza nerw błędny. Wyniki tego postępowania były znakomite. Na 120 przypadków wyraźnie zaznaczonego pooperacyjnego zatrzymania moczu ani razu nie trzeba było stosować cewnikowania. W 20 pozostałych przypadkach pooperacyjnego porażenia kiszek, Esmodil sam lub w połączeniu z leczeniem fizykalnym szybko przezwyciężał porażenie.

W jednym przypadku doraźne wstrzyknięcie 2 cm³ Esmodilu niewątpliwie przyczyniło się do uratowania poważnie zagrożonego życia:

$$\begin{array}{ccccc} CH_2 = & C & — CH_2 \cdot & N : (CH_3)_3 \\ & | & & | \\ & O \cdot CH_3 & & Br \end{array}$$

Esmodil (3°/₀₀-owy wodny izotoniczny roztwór bromku trójmetylometoksypropenyloamonu).



Działanie Esmodilu na kiszki.

Chory lat 44. Appendicitis perforativa, rozlane zapalenie otrzewnej. Operacja w znieczuleniu lędźwiowym. W 3. dniu jeszcze nie wysłuchuje się w brzuchu żadnych szmerów, znaczne wzdęcie. Mocz odchodzi samoistnie. W 4. dniu tętno 130, lekka sinica i duszność, wysokie ustawienie przepony. Wzdęcie powiększyło się jeszcze bardziej. Środki pobudzające perystaltykę i zabiegi terapii fizykalnej pozostają bez wpływu. W 5. dniu chory był już przygotowany do odciążenia na drodze operacyjnej, gdyż stan jego był bardzo groźny. Uprzednio wstrzyknięto jeszcze domięśniowo 2 ampułki Esmodilu; po 15 minutach wystąpiły pierwsze szmery w kiszkach. Zastosowano dodatkowo jeszcze miejscowe nagrzewania i po dokonaniu wysokiej lewatywy nastąpiło wypróżnienie i odejście gazów.

W przypadkach porażenia pęcherza chorzy oddawali mocz w 2 do 20 minut po domięśniowym wstrzyknięciu 1 cm³ Esmodilu. Tylko w jednym przypadku trzeba było po upływie ½ godziny zastrzyknąć dodatkowo jeszcze 0,5 cm³, po czym po 10 minutach pacjent bez wysiłku oddał samoistnie mocz. U pewnego 12-letniego chłopca działanie ujawniło się już w 4 minuty po wstrzyknięciu 0,5 cm³ Esmodilu. Już zaraz po wstrzyknięciu chorzy odczuwają silne parcie na mocz. Ani razu nie stwierdzono żadnych przykrych objawów niepożądanego działania ubocznego, nawet po wstrzykiwaniach dożylnych. W pojedyńczych przypadkach występował nieznaczny ślinotok. Ciśnienie krwi wykazywało jedynie niewielkie wahania. W przypadkach zatrzymania moczu w ciągu 3—4 dni, autor wstrzykiwał codziennie po 1 ampułce Esmodilu

i zawsze osiągał szybkie wyniki. Esmodil działał skutecznie również i w tych przypadkach, w których inne środki perystaltyczne zawodziły. Dzieciom do 15 lat wstrzykiwano 0,5 cm^3.

Autor stosuje znieczulanie lędźwiowe już od 30 lat. Porażenie pęcherza występowało przy tej metodzie dość często. Esmodil wpływał zawsze bardzo pomyślnie na tę odrębną postać porażenia pęcherza. Pośród przypadków porażeń pęcherza moczowego, leczonych Esmodilem, było 100, w których przyczyną tego zaburzenia pooperacyjnego było znieczulenie lędźwiowe. Działanie Esmodilu nie zawiodło ani razu. Oto kilka przykładów:

1. Chory lat 27. Operacja prawostronnej przepukliny pachwinowej w znieczuleniu lędźwiowym. Porażenie pęcherza. Terapia fizykalna pozostaje bez wpływu. Domięśniowe wstrzyknięcie 1 cm^3 Esmodilu; po 5 minutach chory oddaje mocz.
2. Chory lat 22. Operacja ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w znieczuleniu lędźwiowym. Po 26 godzinach chory jeszcze nie oddaje moczu. Pęcherz bardzo wypełniony i napięty. 1 ampułka Esmodilu domięśniowo. Po 13 minutach chory oddaje mocz. Po 24 godzinach ponowne wstrzyknięcie, które podziałało po 22 minutach. Po 14 godzinach trzecie wstrzyknięcie: wynik po 7 minutach.
3. Chory lat 50. Operacja prawostronnej przepukliny pachwinowej w znieczuleniu lędźwiowym. Następnego dnia parcie na mocz, pęcherz przepełniony, chory nie może oddać moczu. Domięśniowe wstrzyknięcie 1 cm^3 Esmodilu; po 3 minutach chory oddał 600 cm^3 moczu.
4. 12-letni chłopiec. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Uśpienie eterowe. Po 24 godzinach chory nie może jeszcze oddać moczu. 0,5 cm^3 Esmodilu domięśniowo; po 4 minutach chory samoistnie oddał mocz.

Prof. dr O. KINGREEN, Klinika Chirurgiczna w Gryfii.

LECZENIE SCHORZEŃ PACIORKOWCOWYCH I GRONKOWCOWYCH.

(Referat według Brun's Beitr. Klin. Chir. 1937, tom 166).

W ciągu ostatnich 3 lat autor obserwował w Klinice Chirurgicznej w Gryfii 207 chorych dotkniętych różnymi zakażeniami. Leczenie sprawy zakaźnej polegało na stosowaniu Prontosilu, który w większości przypadków podawano doustnie, w dawkach 3 razy dziennie po 1 do 2 tabletek. W przypadkach poważniejszych wstrzykiwano ponadto 3 razy dziennie po 5 cm^3 Prontosilu solubile domięśniowo. Tolerancja Prontosilu była bardzo dobra, żadnych poważniejszych objawów szkodliwego działania ubocznego nie obserwowano ani razu.

Jedynie w pojedyńczych przypadkach chorzy skarżyli się na mdłości, które przemijały szybko po podaniu rozcieńczonego kwasu solnego. Prontosil można bez żadnych zastrzeżeń podawać nawet małym dzieciom. Wyniki leczenia Prontosilem przedstawione są na poniższej tablicy:

	ilość chorych	WYNIKI		
		dobre	niepewne	bez skutku
Róża	41	40	—	1
Angina	29	27	—	2
Ogólne schorzenia paciorkowcowe	7	1	—	6
Ogólne schorzenia gronkowcowe	15	7	—	8
Miejscowe schorzenia paciorkowcowe	20	8	6	6
Miejscowe schorzenia gronkowcowe	35	16	14	5
Parulis, Lymphangitis, Lymphadenitis	44	18	12	14
Grypa, Polyarthritis	6	1	3	2
Pyelitis, Cystitis	10	8	1	1

Jak wynika z powyższego zestawienia, Prontosil działa najlepiej przy róży, anginach, zapaleniach pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Nawet w przypadkach pęcherzowej róży twarzy gorączka pod wpływem Prontosilu opadała w ciągu 48 godzin krytycznie lub litycznie. W przypadkach ciężkich ropnych, bakteryjnych i toksycznych schorzeń ogólnych, wyniki leczenia Prontosilem były gorsze. W miejscowych sprawach zakaźnych skuteczność preparatu była indywidualnie zmienna. Jeżeli np. niezależnie od róży stwierdza się drugie poważne schorzenie, to przypadek może czasem na Prontosil nie reagować. Autor poleca Prontosil również dla zapobiegania anginom. Angina Plauta-Vincenta jest na działanie Prontosilu odporna, natomiast w zakażeniach gronkowcowych wyniki były pomyślne. Prontosil szybko usuwa objawy zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, jeżeli zarazkami chorobotwórczymi są paciorkowce lub gronkowce; w przypadkach schorzeń dróg moczowych, wywołanych przez laseczniki okrężnicy, działanie lecznicze Prontosilu jest stosunkowo słabsze.

Dr H. FASOLD i dr H. PETERS, Klinika Pediatryczna w Getyndze (Ztsch. exp. Med. 1933, tom 92), dr H. PETERS (Kl. W. 1933, Nr. 51), dr. JUSATZ, Zakład Higieny w Marburgu (Kl. W. 1934, Nr. 3), dr E. SCHNEIDER, Klin. Chir. Uniw. w Heidelbergu (Dtsch. Ztschr. Chir. 1934, tom 242).

W SPRAWIE ANTAGONIZMU MIĘDZY TYROKSYNĄ I WITAMINĄ A.

Codzienne podawanie szczurom 1 cm^3 Voganu wywołuje u zwierząt doświadczalnych objawy hiperwitaminozy A. U zwierząt stwierdza się wyczerpanie, niechęć do jedzenia, objawy nieżytowe ze strony oczu, znaczną niedo-

krwistość (do 20% Hb); po 2—4 tygodniach szczury zdychały. Następnie stwierdzono w surowicy znaczną lipemię, ilość tłuszczów obojętnych dochodziła do 3,5%; miąższ wątrobowy i komórki gwiaździste *Kupffera* zawierały umiarkowaną ilość tłuszczu; w warstwie rogowej naskórka ilość lipoidów była większa niż przeciętnie. Zwiększenie ilości tłuszczów obojętnych i cholesteryny, stwierdzone po podawaniu Voganu przez *Jusatza*, można by uzależnić od poprawy stanu odporności; wnioski te wymagają jednak jeszcze potwierdzenia klinicznego.

W doświadczeniach na szczurach tyroksyna zapobiega i leczy hiperwitaminozę A, wywołaną codziennym podawaniem 1 cm^3 Voganu. Już przy stosowaniu niewielkich dawek tyroksyny, szczury przekarmione witaminą A rozwijały się prawidłowo i nie wykazywały żadnych objawów chorobowych, podczas gdy szczury kontrolne, którym tyroksyny nie podawano, zdychały w ciągu 28 dni wśród objawów hiperwitaminozy A. Również odwrotnie, zaburzenia rozwojowe przy tyreotoksykozie doświadczalnej, można było, o ile jeszcze nie wystąpiły porażenia, wyrównać całkowicie za pomocą witaminy A, wzgl. Voganu. W miarę stosowania coraz większych dawek Voganu, zwiększała się również zawartość karotyny i witaminy A w wątrobie. U zwierząt, które otrzymywały tylko tyroksynę, wątroba nie zawierała wcale karotyny i zaledwie bardzo małą ilość witaminy A. Z doświadczeń tych wynika, że tyroksyna przyspiesza przemianę karotyny w witaminę A, która następnie w tyreotoksycznej przemianie materii zużywa się w nadmiarze, co umożliwia jej odkładanie się w tkankach. Ponownego wytwarzania się zapasów tłuszczu i glikogenu w wątrobie nie udawało się za pomocą Voganu osiągnąć. Według *Eufingera* i *Gottlieba* (Klin. Wschr. 1933, str. 1397) 200 jednostek Voganu wyrównują u kijanek działanie 3 γ tyroksyny. Antagonizm między tyroksyną i witaminą A (Voganem) oraz prowitaminą A (karotyną) nasunął myśl o zastosowaniu Voganu do leczenia choroby Basedowa. Według *Schneidera* punkt uchwytu przeciwtarczycowego działania Voganu znajduje się nie w samym gruczole tarczowym, lecz w wątrobie, którą witamina A skutecznie chroni przed uszkodzeniem tarczycopochodnym.

Przy stosowaniu Voganu u ludzi łączono podawanie Voganu (4 drażetki dziennie) z wstrzykiwaniami Campolonu w celu wzmocnienia działania na wątrobę (1 ampułka co 3—4 dni). Nawet chorych z bardzo ciężką hipertyreozą udawało się w ten sposób przygotować do operacji. Dla bezpośredniego przygotowania do operacji nie można jednak przeważnie obejść się bez jodu.

Dr **BURKART**, Duisburg, prof. dr. **HABERLING**, Akademia Lekarska w Düsseldorfie. (Proteus 1931, tom 1); dr **GUTMANN** (Clin. Excerpts 1936, Nr. 4) i inni.

O UBIORZE LEKARZA.

W czasach starożytnych nie było właściwego stanu lekarskiego i w związku z tym lekarze nie mieli również żadnego specjalnego ubrania. Wśród pierwszych narodów cywilizownych sztuką lekarską zajmowali się przeważnie kapłani. Na licznych starożytnych rzeźbach i malowidłach widzimy wysokich kapłanów babilońskich w ich długich togach lub kapłanów egipskich w zwykłych fartuchach podczas wykonywania czynności lekarskich: obrzezania, wypędzania złych duchów i różnych zabiegów magicznych. *W. Haberling* wykazał, że już w starożytnej Assyrii lekarze nosili czerwone szaty i że czerwony kolor był aż do naszych czasów charakterystyczny dla odzieży lekarzy. *Haberling* opisuje następnie, że w storożytnym Egipcie i w Grecji ubrania lekarzy były bardzo wygodne i wcale nie krępowały ruchów ramion.



Opatrywanie ran; rys. na kolumnie Trajana wzniesionej przez Apollodorosa (113 po Chr.).

Już w starej Ayurwedzie indyjskiej znajdujemy wskazówki, że lekarze powinni zawsze zwracać baczną uwagę na swój wygląd zewnętrzny: lekarz powinien krótko strzyc włosy, mieć czyste paznokcie i nosić pachnące ubranie. Następnie nie powinien on nigdy opuszczać swego mieszkania bez laski lub parasola.

Tak zwany chirurg wojskowy z rzymskich czasów cesarza Augusta był właściwie żołnierzem i nosił w związku z tym odpowiedni ubiór wojskowy. Na kolumnie Trajana lekarz polowy, opatrujący rany żołnierzy, nosi uniform wojsk pomocniczych, tunikę, narzutkę, hełm i krótki miecz. Przyczyną wprowadzenia i rozpowszechnienia specjalnego ubioru lekarskiego był przede wszystkim rozwój średniowiecznego podziału kastowego, z wszystkimi jego stopniami społecznymi, następnie zaś również stopniowe zwiększanie się znaczenia zawodu lekarskiego. Pierwszy odrębny strój lekarski pochodzi z 14. wieku. Na odnośnych średniowiecznych miniaturach widzimy, że lekarz nosił czasami ubranie długie i wąskie, albo szeroką togę bez rękawów, nało-

żoną na zwykłe ubranie codzienne, albo też czasami płaszcz z szerokim kapturem. Toga hamowała swobodę ruchów, wobec czego chirurgowie nosili przeważnie ubrania wygodniejsze. Dla nakrycia głowy służyła obcisła czapka, a czasami również beret lub wysoki kapelusz. Według statutu paryskiego wydziału lekarskiego z roku 1350 doktorzy byli obowiązani nosić następujący ubiór: „cappa rotonda, honesta, propria, de panno bono, de brunetta violacia...“ Nie zapominano również o rękawiczkach i klasycznym pierścieniu. W książkach lekarskich znajdujemy liczne rysunki, z których możemy wnioskować o znacznych zmianach, jakim ulegał z biegiem czasu strój lekarski. Ubiór lekarza stawał się coraz bardziej zbytkowny. Lekarze występują w szkarłatnych szatach, ozdobionych szerokimi kołnierzami gronostajowymi, na każdym palcu noszą drogocenne pierścienie. Szczególnym przepychem odznaczały się ubiory profesorów wydziału lekarskiego.


Robe de Rabelais.

Na uwagę zasługuje dokładne odróżnianie różnych grup nauczycielskich. Np. w wieku XVI. w słynnym wydziale lekarskim uniwersytetu w Montpellier, bakałarz (baccalaureus), jako niższy stopień uniwersytecki, nosił zupełnie inny strój, niż wyższy trochę od niego licencjat, uprawniony już do wykładania. Kanclerz uniwersytetu podczas uroczystości udzielania stopnia akademickiego przemawiał do kandydata następującymi słowy: „Indue purpuram, conscende cathedram, et gratias agis quibus debes“. Po tych słowach licencjat miał już prawo włożyć t. zw. „robe de Rabelais“, wspaniały płaszcz z czerwonej wełny, sięgający aż do ziemi, z szerokimi rękawami i dużym kołnierzem. Najbardziej uroczysty charakter miała jednak ceremonia udzielania stopnia doktora, podczas której płaszcz Rabelais‘go zmieniano na piękną togę z czerwonego jedwabiu i wręczano młodemu doktorowi słynny kapelusz doktorski, kwadratowy beret o szerokich brzegach. Również Rabelais, który sam był doktorem fakultetu lekarskiego w Montpellier, nosi na większości swych portretów ten kapelusz. Dopiero później peruka a następnie jeszcze warkocz zastąpiły kapelusz doktorski. Ta przesadna elegancja ubiorów wydaje się nam dzisiaj trochę teatralna. Wówczas miała ona jednak swoje uzasadnienie i nie służyła, jak mówił Rabelais, dla wykazania bogactwa lekarza, lecz dla podobania się pacjentom „auquel seul je veux entierement complaire“. Również w krajach mahometańskich lekarz posiadał swój odrębny ubiór, jak to widzimy na rysunkach pochodzących z arabskiego rękopisu „Materia Medica“ Dioskorydesa (wiek XIII).



Strój lekarza w 15. wieku. — Bartholomeus Angelicus (Bibl. Nat. Paryż).

W wieku 17. długi strój lekarza stawał się już coraz rzadszy, lecz uroczystość udzielania stopnia doktorskiego była jeszcze ciągle bardzo wspaniała. Później ubiór doktora zbliżał się więcej do ubioru uczonego. Czerwony strój nosili lekarze wyłącznie podczas różnych ceremonii, natomiast dla odwiedzania chorych ubierali się na czarno. W krajach północnych ubiór uczonego rozpowszechnił się już w wieku XVI. W wieku 18. z jego elegancją raczej formalną lekarz nadworny nosił perukę, lecz kapelusz trzymał pod pachą. Lekarze i aptekarze mieli prawo nosić odpowiednio do swego stanowiska po 3 kryzy loków z każdej strony. Płaszcz sięgał aż do kolan, a żaboty i mankiety były z kosztownych koronek.

W wieku 19. zarzucono wreszcie wszelkie scholastyczne uprzedzenia, dworską próżność i nieuzasadnione przesądy. Lekarz otrzymuje odpowiedni ubiór praktyczny, który staje się istotnym symbolem jego czynności. *Józef Lister* (1827—1912), twórca chirurgii antyseptycznej, był pierwszym reformatorem nowoczesnego ubioru lekarskiego. Dalsza reforma postępowania *Listra* doprowadziła następnie do ubioru, który obowiązuje dzisiaj we wszystkich szpitalach i salach operacyjnych. *Lister* zdejmował tylko podczas operacji swe wierzchnie ubranie i nakładał fartuch. Jednakże już to postępowanie przekonało wielu lekarzy angielskich o istotnej potrzebie odpowiedniejszego ubioru podczas operacji. Również lekarz amerykański *Oliver Wendel Holmes* (1809—1894) zajmował się szczegółowo zagadnieniem ubioru lekarza w pracy swej „O przenoszeniu gorączki połogowej". Zrozumienie dużego znaczenia tej sprawy postępowało jednak bardzo wolno. Na wielu rysunkach z 19. wieku widzimy chirurgów operujących w zwykłym fartuchu. Dopiero pod koniec 19. wieku *Tomasz Wason*, profesor King's College w Londynie, wprowadził do powszechnego użytku w praktyce codziennej długi biały fartuch. Wreszcie jałowy czepek i maska uzupełniły już ostatecznie strój nowoczesnego chirurga.



Nauczanie sztuki lekarskiej. Strassburg 1497


Do indywidualnego leczenia zaburzeń snu
Przy zaburzeniach zasypiania i przedwczesnym budzeniu się
EVIPAN
pierwszy typowy środek nasenny i sprowadzający sen powtórny.
Nawet po zażyciu Evipanu we wczesnych godzinach rannych obudzenie się następuje zawsze z uczuciem całkowitej świeżości.
Opakowania oryginalne:
rurki po 10 tabl. à 0,25 g zł 3.50
opak. klin. „ 250 „ à 0,25 g „ 68.—
Dla wywołania snu dłuższego
PHANODORM
Phanodorm nie wywołuje wrażenia przeciągającego się zmęczenia; obudzenie następuję z uczuciem doskonałego wypoczynku.
Opakowania oryginalne:
rurki po 10 tabl. à 0,2 g zł. 3.—
opak. klin. „ 250 „ à 0,2 g „ 58.—
BAYER

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Śmierć pozorna wskutek porażenia prądem elektrycznym.

W nieszczęśliwych wypadkach porażenia prądem elektrycznym wielkie znaczenie ma udzielenie doraźnej pomocy bezpośrednio na miejscu wypadku. Zatrzymanie oddechu wymaga natychmiastowego zastosowania sztucznego oddychania. *Jellinek* (Wien. Klin. Wschr. 1937, Nr. 37) zwraca się przeciwko poglądowi, rozpowszechnionemu również wśród lekarzy, jakoby okres czasu trwający 5 — 8 minut między ustaniem oddechu i zapoczątkowaniem sztucznego oddychania był bez znaczenia. W sprawie tej nawet lekarz naczelny pewnego pogotowia ratunkowego określił pogląd o śmierci pozornej wskutek porażenia prądem elektrycznym jako niesłuszny, gdyż ani razu nie udało mu się uratować nieszczęśliwych ofiar, pomimo że był na miejscu wypadku już w ciągu wyżej wymienionego czasu (5 — 8 minut). Również *Körmöczi* jest zdania, że rozstrzygające znaczenie mają pierwsze minuty bezpośrednio po wypadku. Jednakże również i jego doświadczenie, dotyczące śmiertelnych przypadków porażenia prądem, wykazuje, że nie należy ani wśród lekarzy ani wśród laików rozpowszechniać poglądu, że pierwszym wynikiem porażenia prądem jest zawsze tylko śmierć pozorna. Autor uważa, że próby uratowania porażonego dają pomyślne wyniki tylko w wyjątkowych przypadkach i to pod warunkiem, że odpowiednie zabiegi zastosuje się w ciągu 1 — 2 minut po wypadku. Sztuczne oddychanie — które należy zawsze stosować — nie może dać oczywiście żadnych wyników, jeżeli mamy do czynienia z pierwotnym porażeniem serca. *Jellinek* (Wien. Klin. Wschr. 1938, Nr. 8) wątpi w możliwość pierwotnego porażenia serca wskutek działania prądu elektrycznego i opisuje szereg przypadków z ostatniego roku, w których lekarze dzięki natychmiastowemu zastosowaniu odpowiednich zabiegów uratowali ofiary porażenia prądem od śmierci pozornej.

Dr Körmöczi, Budapeszt.

(Wien. Klin. Wschr. 1938, Nr. 8)

Choroba Picka. — Przypadek leczony w ciągu 8 lat Salyrganem, azotanem amonu i nakłuciami brzusznymi.

W październiku 1929 autor został po raz pierwszy wezwany do 45-letniego mężczyzny cierpiącego na chorobę Picka (Pseudocirrhosis hepatis. Pericarditis adhaesiva chronica). U chorego stwierdzono bezobjawowe zarośnięcie worka osierdziowego, marskość zastoinową wątroby i puchlinę brzuszną. Pacjenta leczono naparstnicą, azotanem amonu i dożylnymi wstrzykiwaniami Salyrganu. W ciągu 13 dni waga chorego zmniejszyła się o 11 kg. Za pomocą nakłucia wydobyto z jamy brzusznej 15 litrów przezroczystego żółtego płynu. Chory otrzymywał następnie co tydzień 6 cm^3 nalewki naparstnicowej, 6 g azotanu amonu i 2 zastrzyki Salyrganu. W lipcu 1937 roku ogólny stan chorego należało określić jako zupełnie zadowalający. Przed kilku miesiącami pacjent rozpoczął przyjmowanie merkuryny albo Salyrganu w czopkach. Działanie moczopędne tych czopków było trochę słabsze niż wstrzykiwań domięśniowych, dawało jednak diurezę wynoszącą za każdym razem około 4000 cm^3. W ciągu 7½ lat leczenia wykonano 40 nakłuć jamy brzusznej i 450 dożylnych lub domięśniowych wstrzykiwań Salyrganu. Chory czuje się na ogół stosunkowo dobrze i nie skarży się na duszność. Cały tryb jego życia i sposób wykonywania obowiązków zawodowych różni się zaledwie bardzo nieznacznie od trybu życia ludzi zdrowych.

Dr P. H. Noth.

(Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 1937, tom 12, str. 513)

Endocarditis gonorrhoica i sztuczna hiperpireksja.

W przypadkach rzeżączkowego zapalenia wsierdzia wyleczenie należy do wyjątkowej rzadkości. Według danych z piśmiennictwa śmiertelność wynosi tu 93,5% (na 108 przypadków 101 zakończyło się śmiertelnie). Nawet u pacjentów wyleczonych pozostała trwała wada serca. Jako zabiegi lecznicze stosuje się przetaczanie krwi, szczepionkę gonokokową, surowicę gonokokową, środki chemoterapeutyczne i od pewnego czasu również leczenie wysoką gorączką. *Anderson* obserwował niedawno 20-letnią dziewczynę dotkniętą gonokokowym zapaleniem wsierdzia. Po 6-krotnym sztucznym wywołaniu wysokiej gorączki gonokoki we krwi zniknęły zupełnie i objawy sercowe poprawiły się znacznie. Pozostał jedynie lekki szmer skurczowy nad tętnicą główną.

Dr H. A. Freund, dr W. L. Anderson i dr V. S. Lilly, Detroit.

(Journ. Americ. Med. Ass 1938, tom 110)

Spostrzeżenia o działaniu Prontosilu przy schorzeniach septycznych.

Autor stosował z powodzeniem Prontosil w następujących stanach septycznych:

1. Poronienie o przebiegu gorączkowym, powikłane ciężkim zapaleniem przymacicza. Septyczna gorączka trwa już przeszło 5 tygodni. Po codziennych wstrzykiwaniach Prontosilu spadek gorączki i szybka poprawa w ciągu kilku dni.

2. Rozległa róża na piersiach i plecach. Punkt wyjścia: zapalenie gruczołu piersiowego, leczone chirurgicznie. Po 2 wstrzyknięciach Prontosilu objawy róży szybko ustąpiły.

3. Gorączka połogowa. 14 dni po porodzie codziennie 20 cm³ Prontosilu. Szybki spadek gorączki.

4. Nawracająca róża lewej połowy twarzy, zwłaszcza podczas miesiączkowania. Gorączka dochodzi do 39,5⁰. Po 2 wstrzyknięciach Prontosilu szybkie i ostateczne wyleczenie.

5. Objawy posocznicy u dziecka. Stan ciężki. Gorączka 40⁰. Olbrzymi obrzęk prawej połowy twarzy. Zapalenie szpiku kostnego prawej szczęki dolnej z ropiejącą przetoką. Na rozmazie gronkowce. Na szyi i twarzy objawy rozpoczynającej się róży. Bardzo ciężkie objawy mózgowe. Zastosowanie Prontosilu umożliwiło uratowanie dziecka.

6. Angina septyczna, 39,8⁰, dreszcze, tętno 120. Pod wpływem Prontosilu gorączka opada. Następnego dnia twarde jak deska nacieczenie lewej połowy szyi (zakrzep żyły szyjnej). Dalsze stosowanie Prontosilu sprowadza szybkie wyleczenie.

7. Angina phlegmonosa, utrudnienie łykania, wrażenie duszenia się, znaczny szczękościsk, 39,6⁰, przyspieszenie tętna. Nacięcie. Ropy niewiele. Natychmiast 40 cm³ Prontosilu. Gorączka opada przełomowo. Szybkie wyleczenie.

8. Poronienie, zatrzymanie łożyska (gnijące resztki łożyska w pochwie). 39,5⁰. Wstrzykiwania Prontosilu. Gorączka opada przełomowo.

Autor stosował Prontosil jeszcze w całym szeregu różnych schorzeń septycznych. Działanie lecznicze preparatu było doskonałe. Zachęcony pomyślnymi wynikami *Hofmann* stosuje obecnie Prontosil zapobiegawczo przy wszystkich poronieniach, w przypadkach ręcznego odłączania łożyska, przy skrobankach i t. d.

Dr E Hofmann. Szpital Bracki St. Ingbert.

(Fortschr. Ther. 1935 Nr. 12)

Leczenie róży u dzieci.

Trzymiesięczne dziecko zachorowało na ciężką różę, gorączka dochodziła do 40⁰. Zastosowano doustnie Prontosil, który podawano wieczorem i nazajutrz rano po ½ tabletki. Już te małe dawki wystarczyły, aby gorączka opadła i róża zatrzymała się w swym postępowaniu. ½ tabletki, podane po obiedzie, wywołało wymioty, wobec czego autor zastosował domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu solubile. Preparat wstrzykiwano w ciągu 3 następnych dni w dawkach po 3—5 cm³. Sprawa zakończyła się szybko zupełnym i ostatecznym wyleczeniem.

Dr J. Takahashi, Tokio.

(Jika Shinryo 1937, tom 3, Nr. 1)

W sprawie leczenia choroby Banga.

Autor obserwował chorego dotkniętego zakażeniem Banga. Leczenie polegało na stosowaniu Prontosilu. Chory otrzymywał 3 razy dziennie po 2 tabletki Prontosilu rubrum i raz dziennie domięśniowy zastrzyk 5 cm^3 Prontosilu solubile. Działanie Prontosilu było szybkie i dobre. Po 6 dniach chory przestał gorączkować. Dla zapobieżenia nawrotowi stosowano jeszcze przez pewien czas małe dawki Prontosilu. Wyleczenie okazało się ostateczne.

Dr A. Steinmeier, Horn w L.

(Ther. Ber. 1938, Nr. 7/8)

Leczenie niezakaźnego wyprysku u dzieci.

W styczniu i lutym 1936 r. autor leczył półroczną dziewczynkę, cierpiącą na liszajcowo zakażony wyprysk twarzy oraz zgięć łokciowych i kolanowych. Po wyleczeniu powikłania liszajcowego autor przystąpił do leczenia podstawowego i przyczynowego wyprysku wysiękowego. Zwykła pasta cynkowa nie dała zadowalających wyników. Wreszcie autor zastosował pastę rivanolowo-cynkową. Zmiany skórne, które trwały uporczywie już cały rok, ustąpiły zupełnie w ciągu 2 tygodni. W dalszym przebiegu sprawy, gdy w jakimkolwiek miejscu występowały objawy wyprysku, stosowano natychmiast pastę rivanolowo-cynkową, która za każdym razem sprowadzała wyleczenie w bardzo krótkim czasie. Autor leczył dotychczas w podobny sposób przeszło 200 niemowląt i małych dzieci dotkniętych sączącym wypryskiem. Odsetek pomyślnych wyników leczniczych wynosił około 90%.

Dr K. Oxenius, Chemnitz.

(M. M. W. 1937, Nr. 52/53)

Czasowe odraczanie miesiączkowania.

Jeżeli kobieta ma zamiar przyjmować udział w konkursach sportowych, zdawać egzamin, odbyć podróż i t. p., to wystąpienie miesiączkowania ogranicza do pewnego stopnia jej wydolność. Obecnie możemy wystąpienie miesiączkowania celowo opóźnić o pewien czas. Według *Zuckermana* (Lancet 1936, II, str. 9) w przypadkach oligo- lub hipomenorrhoei wystarcza dla przesunięcia terminu miesiączkowania kilka zastrzyków po 10.000 jednostek oestradiolbenzoesanu, w przypadkach zaś krwawień prawidłowych potrzeba 50.000 jednostek follikuliny. Autor stosował podczas całego cyklu zastrzyki po 50.000 jednostek co 3—4 dni i udawało mu się w ten sposób stale odraczać wystąpienie menstruacji. Po zaprzestaniu wstrzykiwań miesiączkowanie występowało ponownie po 2 — 7 dniach. Autor radzi, aby stosować zastrzyki dopiero w drugiej połowie cyklu, natomiast *Zuckerman* uważa wówczas skuteczność zabiegu za wątpliwą, gdyż jajeczkowanie już się przecież odbyło. Autor jest jednak zdania, że nawet po nastąpieniu owulacji, czyli mniej więcej po 19. dniu cyklu, można prawie zawsze opóźnić termin menstruacji za pomocą stosowania większych dawek w krótszych odstępach (100 000 jednostek co 2 dni). Takie przesuwanie miesiączkowania nie wywołuje żadnych szkodliwych objawów ubocznych. Czasami również i następne miesiączkowanie występuje z pewnym opóźnieniem, przeważnie jednak normalny rytm nie zostaje wcale wytrącony z równowagi. Pomimo to należy uważać za niewskazane, aby normalny, bardzo czuły rytm przysadki i jajników zakłócać zbyt często (*Zondek* doniósł w Münch. med. Wschr. 1936, że za pomocą 70 000 jednostek mysich oestronu (stosowanych między post- i praemenstruum) można przesunąć miesiączkowanie nawet o 60 — 70 dni).

Dr G. L. Foss, Bristol.

(Brit. Med. Journ. 1937, Nr. 3991)

Przyczynek do suchego leczenia upławów pochwowych.

Autor leczy upławy pochwowe zakładaniem do pochwy wielkich dawek Bolus alba i osiąga tą drogą nadzwyczaj pomyślne wyniki lecznicze. Skuteczność tej terapii należy przypisać przede wszystkim wielkiej zdolności adsorbcyjnej stosowanego preparatu, który wiąże i unieszkodliwia produkty zapalne chorej śluzówki pochwowej. Działanie lecznicze Bolus alba można jeszcze zwiększyć przez uprzednie przepłukanie zapalnie zmienionej pochwy alkoholem. W przypadkach obfitych upławów ropnych autor po przemyciu pochwy alkoholem stosuje jeszcze dookoła pochwowej części szyjki koloidalny roztwór srebra. Dla pobudzenia epitelizacji stosuje się 5%-owe pałeczki z Pellidolu. Ostatnio autor łączy leczenie za pomocą Bolus alba ze stosowaniem Deveganu. Przed wprowadzeniem proszku zakłada się przed część pochwową 2 do 4 tabletek Deveganu, dzięki czemu preparat może wywierać swój wpływ leczniczy również i na kanał szyjki. Devegan ujawnia swoje nadzwyczaj pomyślne działanie terapeutyczne nie tylko w nieżytach pochwy wywołanych przez trichomonady, lecz zasadniczo we wszystkich przypadkach upławów zapalnych, w których pożądane jest typowe podstawowe działanie arsenu. Rozszerzenie naczyń włosowatych pod wpływem arsenu wpływa bardzo pomyślnie na warunki odżywiania tkankowego zapalnie zmienionej śluzówki.

Dr Hamm, Zurych.

(Helv. Med. Act. 1936, tom 3)

Leczenie ciężkich napadów astmatycznych.

Autor obserwował szereg pacjentów cierpiących na częste i ciężkie napady dychawicy oskrzelowej, którym dokonano w podstawowym uśpieniu Avertiną operacji zatok nosowych. Wszyscy chorzy reagowali na Avertinę bardzo szybko. Na szczególną uwagę zasługiwała zwłaszcza okoliczność, że po uśpieniu napady astmatyczne ustępowały na dłuższy czas. W związku z tym autor w przypadkach ciężkich stanów astmatycznych i w przypadkach napadów dychawicy oskrzelowej, odpornych na wszelkie zwykle stosowane zabiegi, stosuje obecnie Avertinę jako ostatnią próbę leczenia. Preparat podaje się per rectum w dawkach 50 — 70 mg pro kg wagi ciała. Wyniki tego sposobu leczenia okazały się nadzwyczaj pomyślne. Zwiotczenie mięśni następowało zwykle po 10—20 minutach. Chorzy zapadali w naturalny sen, trwający 1 do 6 godzin, podczas którego oddychali bez wysiłku. Po doraźnym przezwyciężeniu napadu chorzy przez szereg dni lub nawet tygodni nie dostawali napadów. Ew. nowe napady można już było bez trudu uśmierzyć zwykłymi środkami. Odporność na lecznicze działanie adrenaliny znikała. Avertina działała pomyślnie we wszystkich przypadkach astmy oskrzelowej bez względu na dodatni lub ujemny odczyn skórny. W 25 przypadkach ciężkich napadów dychawicy, odpornych na inne zabiegi lecznicze, Avertina okazała się wysokowartościowym środkiem terapeutycznym, który uśmierzał napady w sposób niezawodny.

Dr A. M. Fuchs, New York.

(Journ. Allergy 1937, tom 8)

Zwalczanie chorób zakaźnych za pomocą dezynfekcji.

Zephirol zabija gronkowce i laseczniki duru brzusznego w 1%-owym roztworze w ciągu 2½ minut, a w ½%-owym roztworze w ciągu 5 minut. Zephirol przejawia swe całkowite energiczne działanie odkażające również w zimnie i nadaje się z tego względu do stosowania również w chłodnej porze roku.

Dr Mrugowski, Urząd Zdrowia.

(Der prakt. Desinfekt. 1937, Nr. 11)

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Handlowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.

SPIS RZECZY ZA ROK 1938

(TREŚĆ PRAC)